Nr. 15. 8. kwietnia 1928. Rok VII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

†

Profesor Tadeusz Browicz

Przed trzema laty dobiegła praca piśmiennicza i dydaktyczna profesora Browicza pięćdziesięciolecia, a ten tak rzadki fakt był sposobnością do uczczenia przez ogół lekarzy zasług Nestora polskiej nauki lekarskiej. Zdawało się wówczas, że na tem zakończy się Jego działalność i że odłoży On wtedy pracowite pióro. Niespożyta jednak była to umysłowość i niegasnąca chęć służby sprawom polskiej medycyny i następne lata przyniosły jeszcze przyczynki profesora Browicza do słownictwa lekarskiego polskiego; ostatnie z nich ukazały się w druku na niewiele tygodni przed Jego śmiercią.

Długowieczność jest darem losu; ale wola pracy dla ogólnego pożytku w wieku tak podeszłym, jest wyjątkową zasługą, wieńczącą raz jeszcze żywot, spędzony w trudzie nauczania młodzieży i poszukiwania prawdy, w trosce o przyszłość społeczeństwa.

Wśród tej pracy, niesłabnącej mimo ciosów, jakich Mu los nie szczędził w najtrudniejszych okresach życia, bo w zaraniu młodości i u schyłku starości, dożył profesor Browicz 83 lat. Urodzony 15 października 1847 we Lwowie, szkoły średnie ukończył w Czerniowcach, Wydział lekarski w r. 1872 w Krakowie, gdzie też już pozostał, raz tylko wyjeżdżając na dłużej na studja w pracowni Cohnheima. Jako asystent prof. Biesiadeckiego habilitował się w zakresie anatomji patologicznej w r. 1875, otrzymał po Biesiadeckim kierownictwo Zakładu już w roku następnym; przy ustąpieniu z katedry zwyczajnej w r. 1914 przyjął ofiarowaną Mu przez Uniwersytet Jagielloński profesurę honorową, odmawiając usilnym zaproszeniom innych polskich Wszechnic. Trzykrotnie, w r. 1886, 1893 i 1903 był wybierany Dziekanem Wydziału lekarskiego, w r. 1894 — rektorem i wtedy zasiadał jako wirylista w Sejmie galicyjskim. Odznaczony wyborem na członka Polskiej Akademji Umiejętności w r. 1894, czeskiej w r. 1901, Akademji nauk lekarskich od jej założenia, Krzyżem Komandorskim orderu »Polonia restituta«, doktorem honorowym Uniwersytetu warszawskiego, był również członkiem honorowym »Spolku« lekarzy czeskich, Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu, Towarzystw lekarskich w Krakowie, Lublinie. Łodzi, Warszawie i Wilnie. Półwiekowa rocznica pracy Jego naukowej w r. 1925 dała sposobność do uczczenia Go uroczystemi adresami przez wszystkie Uniwersytety polskie i poświęconemi Mu wydawnictwami wszystkich polskich czasopism lekarskich. Wszystko to daje miarę uznania, jakie otoczyło Jego działalność. Zmarł 20 marca 1928.

Działalność naukowa profesora Browicza wyrażała się do Jego roku jubileuszowego 125 publikacjami, do których przybyło jeszcze potem kilkanaście przyczynków głównie dotyczących słownictwa lekarskiego. Zbyteczne tu przypominać zakres i znaczenie badań naukowych profesora Browicza, które streściłem już krótko w r. 1925*). Charakteryzują one autora, jako prawdziwego człowieka nauki, widzącego w służbie dla niej najwyższe swoje zadanie. Swój zawód nauczycielski pojmował profesor Browicz niezmiernie poważnie, jako obowiązek, który wypełniał bez względu na stan swego zdrowia i dolegliwości kalectwa i od którego raz tylko wstrzymała go bardzo ciężka choroba, przez szereg miesięcy przykuwając go do łoża. A miał w zakresie dydaktycznym szeroki teren pracy, bo przez długie lata był Krakowski Wydział lekarski jedynym w Małopolsce, a przytem miewał wielokrotnie spore zasoby uczniów, zmuszonych uchodzić z byłego zaboru rosyjskiego wskutek stosunków politycznych. W ten sposób wywarł profesor Browicz, jako nauczyciel przedmiotu, który przez długi okres był jednym z głównych fundamentów medycyny, znaczny a dodatni wpływ na poziom wykształcenia lekarskiego także poza granicami Małopolski. Wpływ ten przekazywał się z jednego pokolenia lekarskiego w drugie również przez tych licznych bliższych uczniów Jego, którzy potem zajęli katedry uniwersyteckie w polskich Wydziałach lekarskich lub inne ważne stanowiska lekarskie.

Uniwersytet krakowski uzyskał dzięki zabiegom profesora Browicza gmach »*Collegium medicum*«, w którym oprócz Zakładu anatomji patologicznej, przedtem jak najfatalniej pomieszczonego, powstały lepsze warunki pracy dla czterech jeszcze innych zakładów Wydziału lekarskiego.

Poza obraną gałęzią nauki zajmował się profesor Browicz żywo sprawą ogólnego postępu medycyny polskiej, zdrowia ludności i wykształcenia młodzieży. Stąd Jego gorliwy udział w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem i w Zjazdach naukowych polskich, wieloletnia współpraca w komisji redakcyjnej »Przeglądu lekarskiego«, pomysły reformy studjów lekarskich i przedewszystkiem troska o słownictwo lekarskie; tutaj jako współautor »Słownika lekarskiego polskiego« i przewodniczący wydającej go komisji wybitnie się zaznaczył. Troska o podniesienie zdrowia ogółu sprawiła, że był współzałożycielem krakowskiego »Sokoła«, (gdzie był pierwszym wiceprezesem), Krakowskiego Towarzystwa higjenicznego, współpracownikiem organu tego Towarzystwa, że wielce przyczynił się do przyspieszenia budowy wodociągów dla Krakowa, za którego przykładem dopiero poszły inne miasta małopolskie. Jako członek Krajowej Rady zdrowia poruszył w niej wiele doniosłych spraw sanitarnych i higjeniczno-społecznych. Upatrując przyszłość pomyślniejszą dla narodu w należytem wy-

*) »Polska Gazeta lekarska« 1925 Nr. 34 i 35, oraz »Prace Zakładów anatomji patologicznej polskich Uniwersytetów« Tom I. zeszyt 3—4 (tamże bibljografja).

chowaniu młodzieży, był inicjatorem memorjału Uniwersytetu w sprawie reformy całego szkolnictwa, a na praktycznym terenie współdziałał w tworzeniu wzorowej szkoły średniej i był współzałożycielem pierwszego gimnazjum żeńskiego w Krakowie.

Cechowało profesora Browicza bardzo wysokie pojmowanie zadań zawodu lekarskiego i odwaga wypowiadania swych przekonań bez oglądania się na względy uboczne. Stąd wiele wymagał od innych, wiele więcej jednak od siebie. Nieskazitelność charakteru i czystość intencyj sprawiały, że niezależność Jego zdania mogła wywoływać niekiedy sprzeciw, nie mogła nigdy nie budzić poszanowania, że sąd Jego miał wielką wagę w każdej sprawie, a otaczała Go cześć niepowszednia.

Zeszedł ze świata, jako ostatni już przedstawiciel tego pokolenia, któremu przypadło podtrzymać polską naukę lekarską w najtrudniejszych może dla niej chwilach, gdy Wydział lekarski krakowski, niedawno dopiero uwolniony z pod jarzma germanizacji, musiał wobec postępującej rusyfikacji Uniwersytetu warszawskiego, sam jeden podjąć się zadań, jakie w każdym dziale wiedzy ma Szkoła wyższa względem swego narodu. Jako spadek po Sobie, pozostawia profesor Browicz ciągłość tradycyj ideałów, przyświecających owym odległym już naszym poprzednikom: wiernej służby obowiązkowi względem nauki i młodzieży, troski o przyszłość społeczeństwa, najwyższych wymagań etycznych od zawodu lekarskiego.

Stanisław Ciechanowski.

PRACE ORYGINALNE.

J. GREK. Lwów

Leczenie wątrobą ciężkich niedokrewności szczególnie niedokrewności złośliwej.

Z Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Jana Kazimierza.
(Dyrektor: Prof. Dr. R. Rencki).

Od chwili opisania i wyodrębnienia przez Addisona w r. 1849 niedokrewności złośliwej, jako jednostki chorobowej, a scharakteryzowania przez Biermera w r. 1868 typowego obrazu krwi dla tego schorzenia, usiłowania licznych badaczy idą w kierunku ustalenia skutecznego leczenia dla tej względnie częstej, ciężkiej i w końcu śmiertelnej choroby. Długotrwały przebieg tego schorzenia ze zwolnieniami trwającemi miesiące, a nawet lata, niemożność określenia długości trwania choroby, a temsamem trudność wypowiedzenia się co do rokowania w poszczególnych przypadkach, uniemożliwiają często także osądzenie wartości danego sposobu leczenia. Każdy z dotychczas przez licznych autorów zalecany sposób leczenia, poddawany był następnie przez innych skwapliwie próbom w odpowiednich przypadkach, na ogół jednak można powiedzieć, że te wszystkie sposoby w najlepszym razie przynosiły jedynie czasową poprawę, po której następowały coraz cięższe nawroty, kończące się wreszcie śmiercią chorego. Zresztą dotychczasowe leczenie niedokrewności złośliwej nie było niczem innem, jak tylko usiłowaniem podniesienia odporności organizmu przeciw działającej truciźnie, przyśpieszenie i przedłużenie remisji. Środki farmakologiczne, jak żelazo, a przedewszystkiem arsen dają niejednokrotnie dobre, niestety jednak przejściowe wyniki, przy dłuższem trwaniu choroby i w okresach późniejszych nawrotów pozostają często bez skutków. Od dawna zalecane, a w ostatnich latach coraz częściej stosowane przetaczanie krwi daje niejednokrotnie bardzo dobre wyniki, często lepsze, aniżeli środki farmakologiczne, co niejednokrotnie stwierdzić mogliśmy w przypadkach spostrzeganych w naszej Klinice. Niestety jak doświadczenie wykazuje, wyniki te są również przejściowe, nie mówiąc o tem, że często i ten sposób zawodzi zupełnie.

Eppinger i Decastello, widząc niejednokrotnie dobre wyniki w *Icterus haemoliticus* osiągnięte przez wycięcie śledziony, doszli do przekonania, że i w niedokrewności złośliwej źródła choroby szukać należy w chorobowo zmienionej śledzionie. Pragnąc przez usunięcie tego źródła osiągnąć zupełne wyleczenie, radzili w odpowiednich przypadkach usunięcie śledziony. Próby te jednak naogół zawiodły. Wprawdzie w niektórych przypadkach wycięcie śledziony sprowadzało wyraźną poprawę, poprawa ta jednak była przejściowa podobna tym, jakie osiągamy często przy pomocy arsenu lub przetaczania krwi. Jeżeli się uwzględni ciężkość i niebezpieczeństwo zabiegu, a w najlepszym razie jako wynik tylko krótszą lub dłuższą remisję, dziwić się nie można, że przypadki w ten sposób leczonej niedokrewności złośliwej nie osiągnęły wysokiej cyfry, i ten sposób leczenia przez swoich zwolenników stosowany był tylko tam, gdzie arsen lub przetaczanie krwi nie dawały żadnego pomyślnego rezultatu. W każdym razie brak trwałego wyniku leczniczego po usunięciu śledziony wskazuje niezawodnie, że źródła i bezpośredniej przyczyny niedokrewności złośliwej nie należy szukać w schorzałej śledzionie.

Częste, czasem występujące na plan pierwszy już w początkowych okresach niedokrewności złośliwej, zaburzenia w trawieniu, nasuwały myśl, że przewód pokarmowy kryje właściwe źródło choroby, że te zaburzenia trawienne odgrywają zasadniczą rolę w patogenezie tego cierpienia. Badanie przewodu pokarmowego wykazywało niewydolność gruczołów trawiennych żołądka, brak kwasu solnego, zaś ze strony jelit pewien typ flory jelitowej, stwierdzany również w odcinkach chłonnych jelita cienkiego, fizjologicznie jałowych. To też Fenwick, Naegeli, Hunter i inni, opierając się na takich badaniach, usiłowali ustalić idealny sposób żywienia, przy którem możliwem by było usunięcie lub też zmniejszenie fermentacji, względnie gnicia jelitowego. Radzili usuwać lub też zmniejszać ilość spożywanych tłuszczów, podawać we większych i często powtarzanych dawkach kwas solny, sproszkowany węgiel zwierzęcy i inne preparaty mające działać przeciwfermentacyjnie i przeciw-gnilnie. W tej myśli stosowano również długotrwałe leczenie kefirem. Niestety wyniki były dość nikłe, w każdym zaś razie krótkotrwałe.

Korzystne wyniki lecznicze, jakie udało się otrzymać Elders'owi przy stosowaniu leczenia djetetycznego w Sprue, chorobie krajów tropikalnych, w przebiegu której przychodzi do zmian w obrazie krwi, często bardzo podobnych zmianom w niedokrewności złośliwej, zachęciły tego autora do zastosowania podobnej djety i w przypadkach anemji Biermera. W nadziei uzyskania leczeniem djetetycznem korzystnych wyników utwierdzał Elders'a fakt, że w czasach wojennych, jakoteż powojennych notowano liczniejsze pojawianie się przypadków niedokrwistości złośliwej i *Anaemia splenica infantum* w państwach centralnych, a więc tam, gdzie ludność przez czas dłuższy cierpiała z powodu złego i niedostatecznego odżywiania się. Ułożył więc djetę, która polegała na obfitem podawaniu mięsa, mleka, śmietanki, żółtek z jaj, tranu, a przedewszystkiem zielonych jarzyn (pomidorów, ogórków, sałaty), jakoteż owoców, szczególnie pomarańcz, a więc środków spożywczych bogatych w witaminy. W 5-ciu przypadkach niedokrewności złośliwej leczonej taką djetą, uzyskał Elders poprawę, charakteryzującą się poprawą obrazu krwi; ogólny wynik leczenia był jednak niezupełny, a przedewszystkiem przemijający. Koessler, Maurer i Laughlin stwierdzając często u swoich chorych na niedokrewność złośliwą błędy djetetyczne i niedostateczne odżywianie, stosują djetę podobną do djety Elders'a bogatszą jednak w tłuszcze i pokarmy łatwo podlegające gniciu w przewodzie pokarmowym i w swej ostatniej statystyce notują na 42 przypadki tylko w jednym brak dodatniego wyniku. Podnieść jednak należy, że w pożywieniu podawanem przez nich chorym znajduje się stale wątroba, jako pokarm bogaty w witaminy A i E.

Wszystkie, powyżej naprowadzone sposoby leczenia niedokrewności złośliwej pozostawiały jednak wiele do życzenia. Nie mówiąc już o niemożliwości zupełnego wyleczenia, osiągnięte w niektórych przypadkach poprawy były albo niezupełne, albo też po krótszym lub dłuższym okresie polepszenia następowały nawroty coraz cięższe, coraz odporniejsze na leczenie, a wreszcie pomimo stosowania wszelkich środków śmierć chorego. To też zrozumiałem jest, że wyniki lecznicze osiągnięte przez Minot'a i Murphy'ego, lekarzy amerykańskich, ogłoszone w sierpniu 1926 r. na podstawie obszernego materjału klinicznego i dłuższej obserwacji, wyniki stwierdzające, że prawie we wszystkich przypadkach niedokrewności złośliwej przy pomocy odpowiednio ustawionej djety, w skład której wchodzi pewna ilość wątroby, można ilość ciałek czerwonych krwi podnieść ponad 4 miljony i na tem poziomie utrzymać przez czas długi, przy ogólnej poprawie i samopoczuciu chorego, spotkały się z ogólnym entuzjazmem wśród lekarzy i zachęciły do dalszych prób i doświadczeń. Pomimo że samozatrucie z przewodu pokarmowego zdaje się, jak z dotychczasowych badań wynika, odgrywa ważną rolę, djetetyka w niedokrewności złośliwej polegała przeważnie tylko na wydatnem żywieniu, mającem za cel podniesienie sił i odporności chorego. Minot i Murphy, i to jest ich ogromną zasługą, ułożyli specjalny sposób

żywienia chorych, który daje wyniki dotychczas nieosiągalne przy innych sposobach leczenia.

Liczne spostrzeżenia ogłaszane dotychczas w literaturze amerykańskiej, angielskiej, francuskiej i niemieckiej potwierdzają zgodnie doskonałe wyniki osiągane przy pomocy nowego sposobu leczenia. W piśmiennictwie polskiem brak dotychczas ogłaszanych spostrzeżeń w tym kierunku, co zachęca mnie tem więcej do zdania sprawy z wyników leczniczych, jakie osiągnęliśmy przy pomocy nowego leczenia w odpowiednich przypadkach w naszej Klinice.

Punkt wyjścia leczenia dietetycznego niedokrewności złośliwej stanowiły doświadczenia G. H. Whipple i Robscheit-Robbins'a nad wpływem różnych pokarmów i środków farmakologicznych na regenerację ciałek czerwonych krwi u psów ze sztucznie wytworzoną anemją. Autorowie ci, przez codzienne starannie dozowane upusty krwi u psów, którym podawano przez cały czas doświadczenia stale tę samą ilość i jakość pokarmów, doprowadzili do utrzymującej się niedokrewności ze spadkiem hemoglobiny na 40—50%, — podczas gdy normalne wartości hemoglobiny wahają się u tych zwierząt między 100—150%. Wówczas do żywienia podstawowego dodawali różne pokarmy względnie środki farmakologiczne, pragnąc się przekonać, jaki rodzaj pokarmu, względnie leku zadziała najkorzystniej na regenerację krwi. Doświadczenia ich wykazały nieskuteczność preparatów arsenowych, a wielką wartość leczniczą żelaza; z pokarmów wybitnie dodatnie działanie spożywanej wątroby wołowej, jak również nerki. Serce i grasica cielęca ma podobne działanie, wybitnie jednak słabsze.

Na podstawie tych swoich doświadczeń mógł Whipple już w r. 1925 wyrazić przeświadczenie o możliwości leczenia niedokrewności u ludzi pewnego rodzaju pokarmami, które działać będą skuteczniej, aniżeli środki farmakologiczne.

Opierając się na doświadczeniach Minot i Murphy z Bostonu rozpoczęli systematyczne leczenie chorych na niedokrewność a szczególnie na niedokrewność złośliwą zapomocą diety, w której dominującą rolę odgrywa wątroba. W diecie tej starali się uwzględnić również szczegóły wymagane dawniej przez innych autorów. Djeta Minot'a i Murphy'ego ubogą jest w tłuszcze, ze względu na zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego tak częste u chorych z niedokrewnością złośliwą. Witaminy i żelazo otrzymują ich chorzy w obficie podawanych zielonych jarzynach i owocach. Prócz tego podają swoim chorym jako dodatek do codziennego pokarmu 200—250 gr wątroby cielęcej, wołowej lub baraniej. Wątroba wieprzowa, jakoteż ptaków, będąc bogatą w tłuszcze, do leczenia się nie nadaje. Wątroba zastąpioną być może również przez nerkę. Spożywaną wątroba może być pod różnemi postaciami. Surowa w plasterkach lub kulkach, posiekana i rozsmarowana pomiędzy plasterkami chleba, posiekana i rozprowadzona sokiem cytrynowym lub pomarańczowym. Może być gotowaną, byle nie dłużej, jak przez 10 minut, a gdy chory przyjmuje ją taką niechętnie, może być utłuczoną, rozprowadzoną w wodzie, w której się gotowała i zjedzoną pod postacią zupy. Można ją również podać usmarzoną, byle z niedużą ilością masła, nie powinno się podawać natomiast wątroby pieczonej. Zresztą spożywać ją można pod każdą inną postacią, byleby tylko uniknąć monotonji i ułatwić przyjmowanie jej w odpowiedniej ilości przez chorych przez czas dłuższy. W książkach kucharskich znajdzie się wiele przepisów przyrządzania wątroby, a więc możliwość pewnych odmian; amerykanie podają nawet przepis na coctail wątrobowy.

Na ogół codzienne spożywanie wątroby znoszą chorzy zupełnie dobrze. Początkową niechęć, a nawet wstręt, przy dobrej woli chorego a namowom ze strony lekarza da się zawsze usunąć. Wyjątkowo tylko wstręt do jedzenia wątroby u ciężko chorych może być tak wielki, iż powoduje wymioty i to jednak przy dobrej woli chorego da się przezwyciężyć, szczególnie jeżeli tacy chorzy mają sposobność widzieć dobre wyniki lecznicze u innych. W stanach niedokrewności daleko posuniętej przy ogólnem wycieńczeniu i zupełnym braku apetytu, gdy bezwzględnie nie udaje się namówić chorych do przyjmowania tego rodzaju pożywienia, należy zapomocą zgłębnika żołądkowego lub dwunastnicowego wprowadzać codziennie odpowiednią ilość posiekanej lub roztartej wątroby. Zwykle już po kilku dniach wraz z poprawą ogólną stanu chorzy decydują się na spożywanie wątroby, widząc dodatnie jej działanie i chcąc przytem uwolnić się od przykrości żywienia przez zgłębnik.

Djeta Minot'a i Murphy'ego, którą stosowali i stosują u swoich chorych, zawiera w całości 2500 kalorji, składa się ze 135 gr białka, 340 gr węglowodanów i 70 gr tłuszczu i przedstawia się następująco: 200—250 gr wątroby cielęcej, wołowej lub baraniej, 125 gr befsztyka lub innego krwawego mięsa, najwyżej 1 jajko, 300 gr jarzyn zielonych, jak szpinak, a przedewszystkiem zielona sałata, dużo owoców świeżych ubogich w węglowodany, jak brzoskwinie, morele, porzeczki, pomarańcze i winogrona, niewielka ilość pokarmów węglowodanowych, jak chleb, mąka, ciasta, cukier, mało soli, nie więcej jak 240 gr mleka. Tłuszcze są ograniczone do 70 gr dziennie, oliwę w sałatach należy zastąpić oliwą mineralną. Przy djecie tej zbędnem jest podawanie jakichkolwiek leków, prócz kwasu solnego.

Stosując swoją djetę u chorych z niedokrwistością złośliwą Minot i Murphy ogłosili w sierpniu 1926 r. wyniki lecznicze jakie osiągnęli w 45 przypadkach, a spostrzeżenia ich rozciągały się na miesiące, w niektórych przypadkach nawet powyżej roku. Ostatnia statystyka Minota i Murphy'ego obejmuje już 125 przypadków, co stanowi wysoką liczbę ze względu na stosunkową rzadkość schorzenia, a pomiędzy niemi znajdują się chorzy, u których leczenie rozpoczęto przy 500.000 ciałek czerwonych, u 90 chorych liczba c. czerwonych niższą była jak 2.7 miljonów, przeciętnie 1.5miljonów, u 15 chorych wyższą 2.8 miljona. Systematyczne leczenie wątrobą już po upływie miesiąca przynosiło zwiększenie ciałek czerwonych przeciętnie do 3.6 miljona, po dwóch miesiącach do 4.2 milj., zaś po 6 miesiącach do 4.65 milj. Dwaj chorzy pozostają w obserwacji 3—3½ r., 12-tu przeszło 2 lata, 52 od przeszło roku i przez ten cały czas korzystny wynik utrzymuje się u wszystkich bez zmiany.

Pierwszym objawem dodatniego działania wątroby jest wyraźne zwiększenie się we krwi młodych form ciałek czerwonych, a mianowicie „retikulozytów". Ilość ich stoi w pewnym związku z ilością ciałek czerwonych krwi przy rozpoczęciu leczenia; im mniej ciałek czerwonych, tem większa ilość „retikulozytów" pojawiających się we krwi obwodowej. Przy odpowiedniem leczeniu t. zn. podawaniu odpowiedniej ilości wątroby ilość „retikulozytów" wzróść może w pierwszych 2 tygodniach leczenia do 15 a nawet 40%, aby następnie równolegle ze wzrostem liczby ciałek czerwonych opadać tak, że gdy liczba ciałek czerwonych osiągnie cyfrę 3 milj. młodociane ciałka czerwone wynoszą zaledwie kilka procent. W niektórych przypadkach liczba ciałek czerwonych wzrasta bardzo szybko, według Means'a przeciętnie miljon tygodniowo, tak, iż po 3 tygod. z 590.000—1,000.000 dojść może nawet powyżej 3 miljonów. W innych przypadkach poprawa w obrazie krwi postępuje wolniej, nie zawodzi jednak nigdy, tak, że Minot i Murphy nie mieli w swem leczeniu chorego u którego nie udałoby się podnieść liczby ciałek czerwonych powyżej 3.6 milj. Wraz ze wzrostem liczby ciałek czerwonych zmniejsza się ich wielkość, zmniejsza względnie ustępuje aniso i poikilocytoza, jakoteż polichromazja. U 5-ciu swoich chorych widzieli Minot i Murphy tak szybką regenerację krwi, iż liczba ciałek czerwonych przekroczyła normę, dochodziła do 5.7 a nawet 6.5 milj. w 1 mm^3 i dopiero ograniczenie ilości spożywanej wątroby do 100 a nawet 50 gr dziennie, sprowadzało powrót ciałek czerwonych do ilości prawidłowej.

Wzrost liczby ciałek czerw. nie idzie równomiernie ze wzrostem ilości hemoglobiny tak, iż początkowo wskaźnik, przekraczający często znacznie liczbę 1 opada zwolna, często poniżej jedności.

Wysokie wartości bilirubiny w surowicy krwi ulegają zmniejszeniu i zwykle już po 3 tygodniach leczenia bilirubina opada do normy a nawet poniżej.

Dodatnie działanie wątroby, jako wyraz podrażnienie szpiku kostnego, zaznacza się również na zachowaniu leukocytów. Ilość leukocytów wielojądrzastych obojętnochłonnych wzrasta procentowo i bezwzględnie, wzrasta ilość leukocytów kwasochłonnych dochodząc niekiedy nawet do 20%.

Wraz z poprawą w obrazie krwi ustępują szybko i inne objawy kliniczne, jak ogólne osłabienie, duszność, bicie serca, zawroty głowy, ćmienie w oczach. Ustępuje dokuczliwe pieczenie dziąseł i języka, znikają obrzęki kończyn dolnych, ciepłota ciała staje się prawidłową. Często już po 1—2 tygodniowem leczeniu znika woskowo-żółta bladość, skóra i błony śluzowe przybierają różowawe zabarwienie. Zwykle w początkach leczenia zauważyć można wyraźny spadek wagi ciała, jako następstwo ustępujących obrzęków. Później waga ciała wzrasta, niekiedy bardzo wyraźnie. Poprawa ogólnego stanu pociąga za sobą wzrost apetytu, chętniejsze spożywanie przepisanej ilości wątroby, a temsamem intenzywniejsze leczenie. Niekiedy spożywanie potrzebnej ilości wątroby, szczególnie w początkowych okresach leczenia, zwiększa poprzednio istniejące objawy dyspeptyczne, pojawiają się nudności, kończące się nawet wymiotami lub uporczywe biegunki, zawsze jednak są to dolegliwości przejściowe, ustępujące szybko, byleby tylko nie przerywać rozpoczętego leczenia. Charakterystyczne dla niedokrewności typu Biermera zmiany na języku (Hunter) cofają się szybko tak, iż po upływie kilkunastu tygodni błona śluzowa języka przybiera naturalny wygląd. Parcie krwi wraca do prawidłowych wartości, zmniejsza się lub ustępuje obrzęk śledziony i wątroby. Znikają wynaczynionki w skórze, cofa się zwiększenie pigmentu w skórze, paznokcie przybierają normalną formę i wygląd, spostrzegany był nawet powrót normalnego zabarwienia włosów, po-

przednio osiwiałych, o ile dotyczyło to osobników młodszych, poniżej 40-tu lat.

Objawy nerwowe o mniejszem natężeniu, jak bóle, zaburzenia w czuciu i koordynacji, o ile nie trwały zbyt długo, ulegają polepszeniu, albo ustępują zupełnie; spostrzegano nawet powrót odruchów kolanowych poprzednio zupełnie wygasłych. Poprawa objawów nerwowych, którą stwierdzić można częściej przy leczeniu wątrobą, aniżeli przy każdem innem, zauważyć się daje dość późno, najczęściej dopiero w okresie, gdy liczba c. czerw. przekroczy 4 miljony. Na głębsze zmiany w rdzeniu lub mózgu leczenie wątrobą niema wpływu. W każdym razie z chwilą rozpoczęcia leczenia wątrobą, nie spostrzegano pojawiania się objawów świadczących o schorzeniu układu nerwowego centralnego, aniteż pogarszania się poprzednio istniejących. Według Minota i Murphy'ego leczenie wątrobą nie usuwa również jeszcze jednego, tak charakterystycznego dla niedokrewności złośliwej objawu, a mianowicie achylji, jest ona bowiem następstwem zaniku gruczołów wydzielniczych błony śluzowej żołądka.

Między swoimi chorymi mieli Minot i Murphy także przypadki śmierci, śmierć ta jednak nie była następstwem niedokrewności, lecz pochodziła z przyczyn zupełnie innych. Jednego chorego stracili z powodu daleko posuniętych zmian rdzeniowych, istniejących już przed rozpoczęciem leczenia, inny zmarł wskutek infekcji, jaka dołączyła się w czasie leczenia, trzeci 71 letni chory zmarł z powodu udaru mózgu, inny wskutek wypadku automobilowego. Olbrzymia większość chorych przedstawia się jako klinicznie wyleczeni, mogli oni powrócić do zajęć swego codziennego życia.

Remisje w niedokrewności złośliwej, trwające nawet przez dłuższe okresy czasu, spotyka się często samoistne lub pod wpływem stosowania arsenu żelaza i t. p.

Największe i najdłużej trwające wyniki udawało się dotychczas uzyskać zapomocą przetaczania krwi, dotyczyło to jednak tylko poszczególnych przypadków. Tem więc wybitniej występuje statystyka Minota i Murphy'ego, a wyniki lecznicze, jakie ona wykazuje, zdają się stanowić moment przełomowy w leczeniu i rokowaniu w niedokrewności złośliwej.

Na pytanie, jak długo chorzy po osiągnięciu prawidłowego obrazu krwi powinni spożywać wątrobę, a więc temsamem prowadzić przepisane leczenie, Minot i Murphy nie dają odpowiedzi. Wszyscy ich chorzy przestrzegać muszą w dalszym ciągu leczenia, gdyż zaprzestanie sprowadza po dłuższym lub krótszym czasie nawrót choroby. U jednego z ich chorych w 2 miesiące po zaprzestaniu djety wątrobowej nastąpił szybki spadek ciałek czerwonych z 4 miljonów na 1.9 milj., po podjęciu djety na nowo już w przeciągu 5 tygodni liczba ciałek czerwonych wzrosła do 5 milj.

Po osiągnięciu normalnego obrazu krwi, po ustąpieniu wszelkich objawów klinicznych, można u niektórych chorych zmniejszyć dawkę wątroby na 100 — 150 gr dziennie, podawać taką lub większą ilość przez 2 — 3 dni w tygodniu, chorzy jednak tacy powinni być stale w obserwacji lekarskiej, gdyż ilość i częstość spożywanej wątroby jest indywidualną a kierować się można jedynie obrazem krwi.

Na podstawie swego obszerniejszego materjału i długości obserwacji Minot i Murphy przyjęli, że leczenie wątrobą jest leczeniem specyficznem i uzdrawiającem, i że od chwili wprowadzenia djety wątrobowej można uważać niedokrewność złośliwą za chorobę uleczalną. Jeżeli w jakimś przypadku leczenie zawodzi, świadczy to bezwzględnie o błędnem rozpoznaniu.

Szybki powrót do zdrowia pod wpływem konsekwentnie przeprowadzanej djety wątrobowej, wskazuje, że niedokrewność złośliwa jest spowodowaną brakiem pokarmów. Wraz z wątrobą doprowadza się do organizmu konieczny materjał potrzebny do wytwarzania ciałek czerwonych krwi, co by znowu potwierdzało zdanie P. Ehrlicha, że niedokrewność złośliwa jest pierwotnem schorzeniem szpiku kostnego, wywołanem brakiem jakiegoś ważnego czynnika potrzebnego przy tworzeniu się ciałek czerwonych.

Wyniki osiągnięte przez Minota i Murphy'ego, jakoteż ich współpracowników wzbudziły zrozumiałe zainteresowanie w świecie lekarskim. Spostrzeżenia lekarzy amerykańskich, jak Brill'a, Goldbloom'a, Sappington'a Mugrave'a, Means'a, Macht'a i bardzo wielu innych, kryją się w zupełności z wynikami otrzymanemi przez Minot'a i Murphy'ego i zachęcają wkrótce lekarzy w Europie do stosowania nowego leczenia u swoich chorych. W porównaniu jednak z olbrzymim materjałem obserwacyjnym lekarzy amerykańskich spostrzeżenia zebrane dotychczas przez lekarzy w Europie są stosunkowo małe.

A. Lemaire w Belgji przeprowadzając leczenie wątrobą u swoich 10-ciu chorych, widział wzrost liczby ciałek czerwonych w przeciągu miesiąca przeciętnie z 1.5 na 3 milj., po upływie następnych 3 miesięcy liczba ciałek czerwonych wzrastała do 4.5 miljona. Pomimo jednak powrotu liczby ciałek czerwonych do normy, pozostawały w obrazie hematologicznym pewne zmiany cechujące niedokrewność złośliwą. Wszyscy jego chorzy przyjmowali wątrobę chętnie z wyjątkiem jednego, u którego jednak otrzymał dodatni również wynik przez podawanie gotowanej nerki.

W jednym przypadku Aitoff'a i Loevy'ego niedokrewność złośliwa pogarszała się stale pomimo powtarzanych kilkakrotnie przetaczań krwi. Stan chorej był już tak ciężki, iż nie była w stanie spożywać zaleconych jej potrzebnych ilości wątroby, to też rozpoczęto podawać wątrobę siekaną i roztartą pod formą zupy przez zgłębnik dwunastnicowy. Już kilka następnych dni przyniesło wyraźną poprawę ogólnego stanu, w przeciągu 2 miesięcy liczba ciałek czerwonych z 1.5 wzrosła na 4.5 miljona i chora mogła powrócić do czynnego życia.

Podobne zupełnie wyniki ogłaszają F. Rathery i M. Maximin, jak również Fiéstinger, Castéran, J. Mouran. W przypadku Crouzon'a, Mathieu'a i Dreifus'a wraz z ustępowaniem niedokrewności złośliwej nastąpiła wyraźna poprawa ciężkich objawów rdzeniowych, tak, iż obłożnie chory po kilkumiesięcznem leczeniu mógł powrócić do swych zajęć. W przypadku Deschamps'a, u chorej ciężarnej, szybka i wybitna poprawa pod wpływem wątroby pozwoliła uniknąć przerywania ciąży poród zaś odbył się prawidłowo w odpowiednim czasie.

P. Emile-Weil kombinując leczenie wątrobą metodą Walińskiego, polegającą na równocześnie stosowanem przetaczaniu krwi i wstrzykiwaniu insuliny dwa razy dziennie przed jedzeniem po 5 — 10 jednostek, otrzymuje również dobre wyniki.

W ostatnich miesiącach spotkać się można w czasopismach niemieckich coraz częściej z doniesieniami o wynikach nowego leczenia niedokrewności złośliwej, stwierdzanych na większej lub mniejszej ilości przypadków. Schottmüller, Jagić i Spengler, Brandenburg, Seyfarth, Rosenov, Pal, Biberfeld, Seyderhelm, Morawitz, Hirschfeld, Luger, Saxl, Kutschera i wielu innych otrzymują również doskonałe wyniki w odpowiednich przypadkach jak Minot i Murphy i wyrażają się z jak największem uznaniem o tem leczeniu. Brak dobrego wyniku, względnie nawroty są zawsze następstwem niesystematycznego leczenia, względnie zaprzestania tegoż.

Bardzo charakterystycznym jest przypadek Kutschery, w którym stan chorej, pomimo wycięcia śledziony i kilkakrotnie powtarzanych przetaczań krwi, stale się pogarszał, tak, iż liczba ciałek czerwonych spadła na 350.000. Leczenie przez podawanie wątroby przyniosło wkrótce wyraźną poprawę, po trzech miesiącach liczba c. czerwonych wzrosła do 4.8 milj. i chora mogła uważać się za wyleczoną. Dodać należy, że podawaną wątrobę naświetlał autor poprzednio promieniami ultrafioletowemi, trudno jednak rozstrzygnąć, czy mogło to mieć jakiś wpływ na zwiększenie skuteczności, podobnie jak naświetlana ergosteryna (Vigantol) podawana równocześnie z wątrobą przez Rosenov'a i Pal'a. Seyderhelm i G. Opitz mogli stwierdzić u swoich trzech chorych leczonych wątrobą zniknięcie prątków okrężnicy z soku żołądkowego, które się tam przed rozpoczęciem leczenia znajdowały w wielkiej ilości. Obecność prątków okrężnicy w soku żołądkowym według badań Seyderhelma i Michels'a jest patognomoniczną dla niedokrewności złośliwej. W jednym z trzech przypadków znikły nie tylko prątki, ale także pojawił się kwas solny, wolny, poprzednio nieobecny.

Doświadczenia Whipple'a, odnoszące się do niedokrewności urazowej u psów, wskazywałyby, że leczenie djetetyczne wątrobą powinno dać w pierwszym rzędzie dodatnie wyniki w niedokrewnościach następowych, jeżeli je daje nawet w anemji Biermera. Już jednak Minot i Murphy zaznaczają wyraźnie, że działanie wątroby jest niejako specyficznem w niedokrewności złośliwej, w niedokrewnościach ciężkich i następowych daje wyraźnie mniejsze wyniki, a temsamem może być ważnym momentem w rozpoznawaniu różniczkowem. Zapatrywania powyższe potwierdzają w zupełności spostrzeżenia A. Lemaire'a, P. Emil-Weil'a, Brill'a i innych.

Fliessinger i Castéran widzieli dobre wyniki opoterapji wątrobowej w Anaemia splenica, uwidaczniające się w zmniejszeniu śledziony i poprawie obrazu krwi, Loygne w żółtaczce hemolitycznej. Jagić poleca to leczenie w błednicy a także w agranulocytozie.

Pomimo tak częstych zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego u chorych na niedokrewność złośliwą, spożywana nawet we większych ilościach wątroba, znoszona jest zawsze bardzo dobrze, nawet u osobników w podeszłym wieku i jak dotychczasowe spostrzeżenia wykazują, zdaje się być w znacznej większości przypadków zupełnie nieszkodliwą. Mogą być jednak chorzy, u których pobieranie przez czas długi białka i substancyj purynowych nie jest wskazane, a nawet może być niebezpieczne. Do takich należałby przypadek, opisany przez Huston'a, a dotyczący chorego na przewlekłe schorzenie nerek. Leczenie djete-

tyczne wątrobą w tym przypadku, prowadzone bez nadzoru lekarskiego, spowodowało zaostrzenie się sprawy chorobowej w nerkach, mocznicę i śmierć.

Leczenie zapoczątkowane przez Minot'a i Murphy'ego stosowaliśmy w ostatnich 5-ciu miesiącach i u naszych chorych, w Klinice, w przypadkach schorzeń krwi, a przedewszystkiem w niedokrewności złośliwej. Wyniki otrzymane kryją się w zupełności z wynikami poprzednio wymienionych autorów i są tak korzystne, jakich nie potrafiliśmy osiągnąć przy żadnem innem poprzednio stosowanem leczeniu. Dla ilustracji pozwolę sobie przytoczyć krótki przebieg historji choroby odpowiednich przypadków.

Przypadek I.

S. P., l. 47, rolnik leczony w Klinice od 24. V. do 12. VII i od 19. X. 1927 do 5. I. 1928. Siostra chora na padaczkę. Przed dwoma laty schorzenie połączone z obrzękami kończyn górnych, dolnych i brzucha, trwające przez kilka tygodni. Przed półtora rokiem przez kilka miesięcy gniecenie w dołku, odbijania, wzdęcia. Obecnie chory od 4 miesięcy. Poprzednie dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego powtórzyły sie, brak apetytu, osłabienie, bicie serca, duszność po najmniejszym wysiłku fizycznym, a wreszcie postępująca bladość skóry i błon śluzowych. Od kilku tygodni osłabienie tak silne, iż chory zmuszony jest pozostawać w łóżku.

Badaniem stwierdza się: skóra woskowo - blada z podżółtaczkowym odcieniem, spojówki gałkowe wyraźnie podżółtaczkowo zabarwione, wargi bardzo blade. Narząd oddechowy bez zmian. Nad końcem serca cichy, miękki, skurczowy szmer, rozkurczowy głuchy ton, tosamo nad tętnicą główną i płucną. Tętno 126. R. R. 125 Wątroba dwa palce niżej łuku w linji sutkowej, miernie twarda, niebolesna. Śledziona wypukiem lekko powiększona, niemacalna. Kilkakrotne badanie treści żołądkowej wykazuje zawsze kwasoty bardzo niskie (2 — 3), stale brak kwasu solnego wolnego. Mocz bez zmian. Odczyn Wassermanna ujemny.

Zachowanie się krwi podczas pobytu chorego w Klinice i pod wpływem leczenia wykazuje poniżej zestawiona tablica:

leczenie wątrobą. Efekt leczenia ujawnił się wkrótce stale i szybko postępującym wzrostem liczby ciałek czerwonych krwi, obniżeniem się wskaźnika hemoglobiny, ustępowaniem dolegliwości podmiotowych i uczuciem powrotu do zdrowia. Po przeszło 10 tygodniowem leczeniu chory czując się zdrowym i zdolnym do pracy opuścił Klinikę z poleceniem spożywania w dalszym ciągu 300 g gotowanej wątroby.

Kiedy po miesiącu t. j. 9. II. 1928 zgłosił się dla kontroli podaje, że czuje się zdrowym i może oddawać się swojemu zajęciu. Obrzęk nóg koło kostek, dający się zauważyć codziennie, szczególnie wieczorem, od pewnego czasu ustąpił zupełnie. Nie odczuwa zupełnie dolegliwości żołądkowych, które mu poprzednio w większym lub mniejszym stopniu dokuczały. Gotowaną wątrobę spożywał od czasu opuszczenia Kliniki codziennie w ilości 300 g dziennie.

Wynik badania krwi przedstawiony jest na wyżej przytoczonej tabelce. Osiągnięcie prawidłowej liczby ciałek czerwonych krwi pozwoliło na zmniejszenie ilości codziennie spożywanej wątroby na 250—300 g 3—4 razy tygodniowo.

Przypadek II.

W. P., l. 43, przyjęta do Kliniki 15. XII. 1927. W wywiadach podaje: częste przypadłości ze strony przewodu pokarmowego szczególnie podczas przebywanych ciąży. Przed rokiem bole w kręgosłupie, utrudniające swobodne ruchy, bole w kończynach, szczególnie w stawach. Wówczas już zauważyła pojawienie się woskowej bladości skóry, która z czasem wzmagała się coraz więcej. Wkrótce wystąpiły bole i zawroty głowy, omdlewania, duszność występująca napadowo, bole w okolicy serca promieniujące ku ręce lewej, bole w obu podżebrzach. Silne pieczenie i bolesność języka i dziąseł, brak apetytu, nudności i wymioty. Leczenie w Klinice krakowskiej przez 2½ miesiąca przyniosło poprawę, jednak osłabienie utrzymywało się, powtarzały się omdlenia. W ostatnich dwóch miesiącach wskutek nasilania się powyżej opisanych objawów stan coraz gorszy, tak, iż chora musi pozostawać obecnie stale w łóżku.

Data	C. czerw. Milj.	C. białe	Hemgl %	Wskaźnik	Leuk. obojętn. chłon.	Kwasochłon.	Zasadochłon.	Limfoc.	Monoc. przejśc.	Czerw. jądrz.	Płytki Bizz.	Odpor. c. czerw.	Waga	Uwaga	Leczenie
25 V 1927	0·885	4·700	24	1·3	62·4	0·8	0·4	38·8	2·8	3	39·750	0.44—0·52	52	znaczna aniso i poikilocytoza Polychromatofilia	Arsacetyna podskórnie
22 VI	1·350	4.150	39	1·5	54·8	3·2	—	36 0	6	1	77·500			c. czerw. punktow.	Przetoczenie 250 ccm krwi
23 VI	1·640	4·900	44	1·37	62·6	6	0·4	29·2	—	1	131·200				„
12 VII	1·540	2·500	45	1·5	49	—	1	44	6	3	49·780				„
20 X	1·465	3·000	44	1·5	46	8	—	44	2	—	74·700	0·48—0 52			„
28 X	1·455	3·250	46	1·6	50	3·2	—	44·4	2	—	98·940		53	„	Wątroba gotow. 300 gr dziennie
13 XI	2·380	3·950	62	1·35	47·2	1·2	0·4	48·4	2·8	—	174·880	0·25—0·38		aniso i poikilocytoza zaznaczona	
27 XI	3·305	3·400	90	1·36	22·4	3·2	—	66·4	6·4	—	132·200	„	56	„	Wątroba 500 gr dziennie
11 XII	4·305	3·650	105	1·2	35·2	3·2	0·8	53·2	7·2	—	387·450		55·5	„	
27 XII	4·660	4·800	97	1·05	46	2·4	0·4	43·2	8	—	149·120		56	poikilocytoza zaznaczona	
5 I 1928	4·870	4·050	100	1·04	42	2·8	—	50·4	4·8	—					Wątroba 300 gr dziennie
9 II	5·145	4·100	90	0·9	37·6	3·2	—	53·2	9·2	—	159·495	0·26—0·40	57	Kształt i barwienie c. czerw. prawidłowe. Pojed. mikrocyty.	Wątr. 3—4 r. tyg. po 200—250 gr

Chory, jak to jest zaznaczone na wyżej przytoczonej tabliczce pozostawał dwukrotnie w leczeniu w Klinice. Podczas swego pierwszego pobytu leczonym był za pomocą stosowania arsacetyny, a gdy to leczenie nie dawało pożądanego wyniku zastosowano jednorazowe przetoczenie krwi w ilości 250 ccm. I w ten sposób nie osiągnięto wyraźniejszego skutku tak, iż chory zaledwie z pewną poprawą opuścił Klinikę. W październiku zgłosił się ponownie z pogorszeniem stanu zdrowia i wówczas zastosowano

Badanie wykazuje: Powłoki skórne bardzo blade z odcieniem woskowym, błony śluzowe wybitnie blade, dziąsła rozpulchnione. Wyraźna bolesność mostka i żeber przy opukiwaniu, jak również kręgosłupa. Narząd oddechowy bez zmian. Nad końcem serca skurczowy szmer, udzielający się ku pasze, nad aortą dość głośny, trący skurczowy szmer, podobnie nad tętnicą płucną. Tętno przyspieszone. Wątroba niżej łuku macalna, na ucisk tkliwa. Śledziona macalna pod łukiem, nie bolesna. Mierny obrzęk stóp i podudzi.

Stan podgorączkowy. Mocz bez zmian. Odczyn Wassermanna: ujemny. W treści żołądkowej stale brak kwasu solnego wolnego.

Poniżej przytoczona tabliczka wykazuje zachowanie się krwi podczas pobytu i leczenia w Klinice:

Data	C. czerw. Milj.	C. białe	Hemgl. %	Wskaźnik	Leuk. obojętn. chłon.	Kwasochłon.	Zasadochłon.	Limfoc.	Monoc. przejść.	C. czerw. jądrzaste w 1 mm³	Płytki Bizz.	Uwagi	Leczenie
16 XII 1927	0·775	2·900	24	1·7	41	0·5	—	58	0·5	54 megaloblastów 246 normoblastów 87 polychr. normobl.	24·000	Anisocytoza Polychromatofil. c. czerw. bazofil.	200—300 gr dziennie wątr. got.
28 XII	1·010	4 700	30	1·5	47	1	—	48·5	3·5	47 megaloblastów 376 normoblastów 47 polychr. normobl.	45·000	punktowane	
4 I 1928	1·985	4·200	46	1·2	66·4	0·8	—	28·4	4·4	32 megaloblastów 176 normoblastów	60·000		
11 I	2·960	6·000	61	1·05	63·2	0·8	1·6	27·6	6·8	1 megaloblast 60 normoblastów			
19 I	3·490	4·600	74	1·09	57	2	1·6	33·4	6	16 megaloblastów 32 normoblasty		c. czerw. barwią się dobrze	
26 I	4·270	6·900	86	1	64·4	2·4	0 4	28·8	4	74 normoblasty			
1 II	4·285	6·100	76	0·9	60·8	4	0·4	29·2	5 6	24 normoblasty	169·970		
20 III	4 825	6·300	90	0 9	63 2	0·4	—	29·2	7·2	56 normoblastów		Anisocytoza	250—300 gr wątroby 3—4 razy tygodniowo

Równocześnie z postępującą poprawą w obrazie krwi zmniejszały się dokuczliwe dolegliwości chorej i wkrótce ustąpiły zupełnie. Po 3 tygodniowem leczeniu stan chorej poprawił się o tyle iż mogła już opuszczać łóżko bez zbytniego męczenia się. Podawaną wątrobę znosiła chora zupełnie dobrze, raz tylko w czasie leczenia pojawiły się ostre objawy dyspeptyczne, które ustąpiły po jednym dniu ściślejszej diety. Brak kwasu solnego w treści żołądkowej utrzymywał się stale. Szmery słyszalne nad sercem pozostały bez zmiany. Po 6 tygodniowem leczeniu chora czując się zdrową i silną na własne żądanie mogła opuścić Klinikę z poleceniem codziennego spożywania w dalszym ciągu wątroby w ilości 250—300 g dziennie i zgłoszenia się po kilku tygodniach dla kontroli.

Przypadek III.

S. T. 30 l., zamężna. Od 5-ciu lat często powtarzające się ataki kolki żółciowej, które od roku nie ponawiają się. Od tego też czasu zauważyła postępującą bladość skóry, ogólne osłabienie, zawroty głowy, szum w uszach, ćmienie w oczach. Z powodu tych dolegliwości leczyła się dwukrotnie w Szpitalu, po którem to leczeniu następowała krótkotrwała poprawa. Od 5-ciu tygodni stan pogorszył się a do wyżej opisanych dolegliwości dołączyły się obrzęki kończyn dolnych i osłabienie tak znacznego stopnia, iż chora nie może opuszczać łóżka.

Stan obecny:

Skóra na twarzy i tułowiu wybitnie blada z odcieniem woskowym, błony śluzowe bardzo blade. Narząd oddechowy bez zmian. Nad końcem serca cichy, szorstki skurczowy szmer, lekki szmer nad tętnicą główną i płucną. Tętno miernie napięte, 100 uderzeń. Wątroba dwa palce niżej łuku, wyraźnie bolesna w okolicy odpowiadającej woreczkowi żółciowemu. Śledziona sięga do łuku, wy-

Zachowanie się obrazu krwi podczas pobytu i leczenia chorej w Klinice:

Data	C. czerw. Milj.	C. białe	Hemgl %	Wskaźnik	Leuk. obojętn. chłonn.	Kwasochłonn.	Zasadochłonn.	Limfoc.	Monoc. przejść.	Czerw. jądrz.	Płytki Bizz.	Uwagi	Leczenie
12 I 1928	0·612	2·770	17	1·4	48·8	1·2	0·4	28	0·8	2 normobl.	93·020	Polychromatofilia anisocytosa c. czerw. punktowane	Wątroba w ilości 200 gr dziennie
19 I	1·186	4·050	31	1·4	53·6	3·6	—	39·2	3·6	1 „			
27 I	2·080	4·900	49	1·2	52	2·4	2	37·2	6 4	4	413·760	Polychromatofilia anisocytosa	Wątroba w ilości 400 gr dziennie
3 II	3·120	5 300	70	1·1	44·8	2	2	44	7·2	—	287·040		
10 II	3·400	4·950	68	1	51·6	1 6	2·4	41·2	3·2	—			
17 II	3·510	4·650	67	1	42·4	5·6	2·4	43·2	6·4	—	221·130		
24 II	4·065	6·050	82	1	48·8	3·2	0·8	44	3·2	—	184·000	anisocytosa i poikilocytosa zaznaczona	
16 III	4·745	5·450	87	0·9	43·6	1·2	0·8	48·4	6	—	104·390	nieznaczna anisocytoza	250 — 300 gr wątroby 3 — razy tygodn.

raźnie macalna. Na podudziach i stopach wyraźny, ciastowaty obrzęk. Stan podgorączowy. W moczu śladzik białka. R. R. 98. Odczyn Wassermanna: ujemny. W treści żołądkowej brak kwasu solnego wolnego.

I w tym przypadku wraz z szybką poprawą obrazu krwi stwierdzić można było wyraźne polepszenie ogólnego stanu. Chora początkowo apatyczna, dla której każdy ruch w łóżku przychodził z trudnością, ożywiła się już po kilku dniach leczenia, a podawaną wątrobę zjadała chętnie twierdząc, że pod jej wpływem przychodzi do zdrowia. Powtarzający się okresowo mniej lub więcej wyraźny ból w dołku i w okolicy woreczka żółciowego, który odnieść należało do kamicy żółciowej nie przeszkadzał zupełnie w systematyczności leczenia.

We wszystkich trzech przytoczonych przypadkach niedokrewności złośliwej, leczenie dietetyczne wątrobą dało wynik doskonały, pokrywający się w zupełności z wynikami, jakie osiągnęli Minot i Murphy u swoich chorych jak również i inni stosujący to leczenie. Efekt działania ujawniał się już po kilku dniach poprawą ogólnego poczucia się chorego, zmniejszaniem się dolegliwości podmiotowych, poprawą lub ustępowaniem przypadłości dyspeptycznych i w każdym przypadku już po tygodniowem leczeniu stwierdzić można było wyraźny wzrost liczby ciałek czerwonych krwi, zaznaczenie się obniżania wskaźnika hemoglobiny. Wzrost liczby ciałek czerwonych postępował stale tak, iż w pierwszym przypadku po upływie około 10-ciu tygodni liczba ciałek czerwonych krwi osiągnęła prawidłową granicę, a w 4 tygodni później nawet ją przekroczyła. W przypadku drugim chora opuściła Klinikę czując sie zupełnie zdrową z liczbą ciałek czerwonych zbliżoną do prawidłowej, przypadek trzeci, wykazujący podobne postępy w zdrowieniu, jak dwa pierwsze, pozostaje jeszcze w dalszej obserwacji. Początkowy spadek wagi ciała jest następstwem ustępujących obrzęków, później zaznacza się u każdego naszego chorego wyraźny przybytek na wadze.

A jednak obraz histologiczny krwi wskazuje, iż pomimo wzrostu liczby ciałek czerwonych pozostają pewne cechy charakteryzujące niedokrewność złośliwą. Wprawdzie liczba ciałek czerwonych i odporność ich osiąga swą prawidłową granicę, jak również wskaźnik hemoglobiny, znikają formy młode ciałek czerwonych, wzrastają procentowo leukocyty kwasochłonne, to jednak liczba ciałek białych utrzymuje się w niskich granicach, leukocyty wielojądrzaste obojętnochłonne tak procentowo jak bezwzględnie znajdują się w mniejszej ilości, zaś zwiększone procentowo limfocyty nadają obrazowi histologicznemu krwi charakter limfemiczny. Także i płytki krwi w naszych przypadkach nie osiągały stale prawidłowej granicy.

Jeszcze wyraźniej zaznacza się chorobowy charakter obrazu histologicznego krwi w przypadku II, gdzie pomimo wzrostu ciałek czerwonych do 4·285 miljona i opadnięcia wskaźnika poniżej jedności, ciałka czerwone jądrzaste występują w pokaźnej liczbie, gdyż 24 normoblastów w 1 mm³.

We wszystkich naszych przypadkach nie uległ zmianie chemizm żołądka, brak kwasu solnego utrzymywał się stale, bez zmiany.

Już w czasie druku niniejszej pracy mieliśmy sposobność ponownie zbadać dwa ostatnio naprowadzone przypadki. Zauważyć się dała w obu przypadkach dalsza wyraźna poprawa w obrazie krwi a mianowicie wzrost liczby ciałek czerwonych i hemoglobiny do wartości prawidłowych, utrzymuje się jednak w dalszym ciągu anizocytoza, w przypadku II-gim ciałka czerwone jądrzaste, w przypadku III-cim wyraźna limfocytoza.

Zachęceni tak dobremi wynikami w anemji złośliwej stosowaliśmy leczenie wątrobą i w innych rodzajach niedokrewności a szczególnie w niedokrewności następowej urazowej. Z tego rodzaju przypadków dwa szczególnie zasługują na uwagę, gdyż wynik leczenia okazał się tu wybitnie korzystny. U pierwszej chorej l. 33, od pół roku silne utraty krwi przy każdej regularności, które przeciągały się zwykle do 2 tygodni, sprowadziły silne osłabienie, bicie serca, zawroty głowy i zwiększającą się coraz bardziej bladość skóry. Przy badaniu stwierdzono mięśniako-włókniak macicy, zaś we krwi 3·625 miljona ciałek czerwonych, 36% hemoglobiny, wskaźnik 0·5. Podczas pobytu chorej w Klinice wskutek powtarzających się krwotoków nastąpił spadek ciałek czerwonych do 2·120 miljona, hemoglobiny do 24%. Po serji naświetlań promieniami Roentgena włókniaka krwawienia ustały, a zastosowane leczenie wątrobą przyniosło po 8 tygodniach wzrost liczby ciałek czerwonych do 5.060 miljona, zaś hemoglobiny do 81% tak, iż chora czując się zupełnie zdrową mogła opuścić Klinikę.

U drugiej chorej l. 40, przyjętej do Kliniki również z powodu objawów niedokrewności następowej, pod wpływem podawania wątroby w ilości 300 g dziennie, liczba ciałek czerwonych z 2.032 miljena wzrosła po trzymiesięcznem leczeniu do 4.730 mil., hemoglobina z 23 podniosła się na 64%, zaś waga ciała z 49 na 56 kg. Dodać należy, że prócz posilnego żywienia, spokoju i stałego przebywania w łóżku chore te przez cały czas leczenia nie otrzymywały żadnego innego leku.

Dieta podana przez Minot'a i Murphy'ego jest nieco skomplikowaną i jak na nasze warunki nie zawsze dającą się przeprowadzić. Dostarczanie choremu większej ilości jarzyn zielonych i owoców, jak brzoskwinie, morele, pomarańcze, winogrona itp. jest nie tylko zbyt kosztowne, jeżeli się uwzgledni nieograniczony czas trwania leczenia, a nawet i często niemożliwe. Jak nasze doświadczenie wykazuje, tak skomplikowana dieta nie jest konieczną.

Piękne wyniki, równe wynikom innych autorów, osiągnęliśmy, podając chorym zwykłą posilną dietę, obfitującą w białko, z ograniczeniem jedynie tłuszczu i dodając do tej diety 300—500 g dziennie wątroby cielęcej lub wołowej. Najchętniej podawaliśmy wątrobę gotowaną, nie dłużej jak 10 minut, zastępując ją czasem wątrobą smażoną z małą ilością tłuszczu.

A teraz nasuwa się pytanie, jak należy tłumaczyć korzystny wpływ diety bogatej w wątrobę na tworzenie się ciałek czerwonych krwi? Twierdzenie G. H a y e m 'a, jakoby czynnikiem tu działającym było tylko żelazo, znajdujące się obficie w wątrobie, jak chce Hayem, pod pewną korzystną postacią, zdaje się nie odpowiadać prawdzie.

Polecane i tak często stosowane poprzednio preparaty żelaza, wewnętrznie lub dożylnie, w niedokrewnościach ciężkich lub złośliwych, tak często stosowane w naszej Klinice, dawały wyniki niepewne, w każdym razie krótkotrwałe, nie dające się porównać z wynikami uzyskiwanymi obecnie.

Częste, uporczywe, a niekiedy ciężkie zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego w przypadkach niedokrewności złośliwej, pojawiające się czasami znacznie wcześniej przed zmianami w obrazie krwi, zwracały uwagę, czy nie należy doszukiwać się źródła choroby w tym właśnie przewodzie pokarmowym, w jego schorzeniu lub nieodpowiedniem doborze pokarmów. P e l a g r a, S p r u e i B e r i b e r i, schorzenia mające pewne podobieństwo do niedokrewności typu Biermer'a a dające się leczyć odpowiednim doborem pokarmów, zwracały uwagę, że i w niedokrewności złośliwej leczeniem dietetycznem można osiągnąć dodatni skutek. Myśl ta kierowała Minot'em i Murphy'm, kiedy opierając się na doświadczeniach Whipple'a postanowili zastosować opoterapję wątrobą w niedokrewnościach. Autorowie ci doszukują się podobnie jak C o n h e i m, E h r l i c h, N ä g e l i i inni istoty choroby niedokrewności złośliwej w pierwotnem schorzeniu szpiku kostnego, polegającem na braku jakiegoś czynnika, bliżej nieokreślonego, który stoi na przeszkodzie prawidłowemu dojrzewaniu ciałek czerwonych krwi. Wraz ze spożywaną wątrobą doprowadzony zostaje czynnik ten do organizmu, przynosząc w następstwie normalną czynność aparatu krwiotwórczego, rozumie się, o ile ten aparat zdolny jest jeszcze do działania. Jak już wyżej wspomniałem, ten czynnik podrażniający szpik kostny według doświadczeń Whipple'a i Robscheit-Robbins'a znajduje się w nerkach, mięśniu sercowym i innych mięśniach, wątroba jednak posiada go w największej ilości. To też wraz z poprawą stanu ogólnego chorych i obrazu krwi znikają, charakterystyczne dla złośliwej niedokrewności zmiany w szpiku kostnym, jak to wykazały badania P e a b o d y. Jakiś czynnik hemolityczny, zawarty w surowicy i powodujący rozpad ciałek czerwonych krwi, według Minot'a i Murphy'ego, nie odgrywa decydującej roli.

Wraz z wprowadzeniem i szerokiem stosowaniem opoterapji wątrobą okazała się potrzeba przedsięwzięcia prób, czy nie da się wytworzyć jakiegoś wyciągu wątrobowego, któryby mógł zastąpić spożywanie wątroby jako takiej. Potrzebę tę uzasadnia z jednej strony wstręt do codziennego spożywania większej ilości wątroby, na jaki natrafia się niekiedy, szczególnie u ciężko chorych a który czasem powoduje wielkie trudności w należytem i systematycznem przeprowadzeniu leczenia, a także możność stosowania leczenia wątrobą w przypadkach powikłanych np. przewlekłem schorzeniem nerek. Kiedy się uda działający czynnik wyodrębnić, będzie może możliwem rozstrzygnąć pytanie, czy dodatnie wyniki lecznicze zawdzięczać należy jakimś witaminom, hormonom lub innym ciałom.

Pracując w tym kierunku M i n o t i M u r p h y, wraz z E d w i n e m Z. C o h n'e m, ogłosili z końcem ub. r., iż udało się im wyodrębnić z wątroby ciało, rozpuszczalne w wodzie, nie rozpuszczające się w eterze, strącające się natomiast w alkoholu. Ciało to zawiera około 7% azotu, ślady białka i siarki, nie zawiera lecytyny i lipoidów. Pewna niewielka ilość tej substancji może w zupełności zastąpić potrzebną dla leczenia ilość wątroby świeżej. Dalsze badania prowadzone są w tym kierunku, aby określić bliżej charakter tej substancji.

W Niemczech wprowadzono do handlu wyciąg z wątroby pod nazwą H e p a t r a t, pod postacią proszku lub płynu. 7·5 g proszku (Hepatrat sicc.) lub 80 g płynu (Hepatrat liquidum) odpowiada

400—500 g świeżej wątroby. Doświadczenia przeprowadzone przez R. Seyderhelm'a i G. Opitz'a wykazały, że działanie Hepatratu u chorych jest zupełnie takie same jak odpowiednie ilości wątroby świeżej.

Podobnym preparatem jest znajdujący się w handlu Procythol, skoncentrowany wyciąg wątroby, wytworzony przez Stosius'a a polecany przez Pala, który odpowiada zupełnie wyciągowi otrzymanemu przez E. I. Cohn'a, a ma różnić się od poprzedniego tylko nieco większą zawartością żelaza.

Schottmüller podał sposób proszkowania wątroby i preparat ten pod nazwą Hepatopson wszedł również do handlu.

Sproszkowana w ten sposób wątroba może w zupełności zastąpić wątrobę świeżą i przyjmowana ma być przez chorych chętnie z kompotem, kartoflami lub innemi jarzynami a nawet z marmeladą, rozsmarowaną na chlebie.

Wysoka cena wszystkich tych preparatów, szczególnie dwóch pierwszych, utrudnia jednak szersze stosowanie, jeżeli się uwzględni, że leczenie rozciągać się musi, jak dotychczas, na czas nieograniczony.

Wątroba uważaną była za środek leczniczy już w starożytności i Hipokrates polecał ją jako lek skuteczny w „kurzej ślepocie" (Hemeralopia).

Od najdawniejszych czasów na całym Wschodzie leczenie to jest bardzo popularne, również cenionem w Xerophtalmii. Przyjęło się ono i polecane było przez lekarzy w zachodniej Europie a także w Rosji, gdzie Hemeralopja należy do cierpień względnie częstych. We wschodniej Małopolsce uważa ludność spożywanie wątroby pieczonej lub gotowanej jako lek pewny i skuteczny w podobnych schorzeniach. Wojskowe przepisy sanitarne austrjackie polecały swoim lekarzom, aby żołnierzom, szczególnie podczas manewrów, zgłaszającym się z objawami „kurzej ślepoty" przepisywali jako dodatek do zwykłego pożywienia 200—300 g gotowanej wołowej wątroby.

Według Castellani'ego krajowcy wyspy Ceylon leczą wątrobą Spruc z doskonałym wynikiem.

We Francji Brown-Séquard zachęcał do używania wątroby względnie wyciągów z niej jako środka leczniczego, Gilbert, Carnot i inni widzieli dobre wyniki w przypadkach marskości wątroby, szczególnie powikłanych przez wynaczynienia w skórze. Również widzieli dobre wyniki przy krwotokach nosowych, krwawieniach macicznych a nawet przy krwawieniach płucnych. Perin i inni wspominają o korzystnem działaniu wątroby w anemjach u chorych z marskością wątroby, Hift i M. Grossmann w nerczycy lipoidowej.

Na podstawie powyżej przytoczonych danych można stwierdzić, że leczenie dietetyczne wątrobą nie zdaje się być wprawdzie leczeniem przyczynowem niedokrwistości złośliwej, stanowi jednak bezsprzecznie ogromny postęp w leczeniu tego schorzenia i daje tak wybitnie korzystne wyniki, jak żaden z dotychczas stosowanych środków. Czy przy pomocy tego leczenia można uzyskać nietylko długie remisje, ale także całkowite wyleczenie, trudno wypowiedzieć ostateczne zdanie. W każdym razie należy przyznać, że autorowie amerykańscy, podając swój sposób leczenia, dokonali wielkiego dzieła w leczeniu tej, względnie nie rzadkiej a tak groźnej choroby, wobec której stać musiał niejednokrotnie lekarz zupełnie bezradnie.

Piśmiennictwo.

Aitoff i Loevy: Presse med. Nr. 35, 1927. — Becart: Presse med. Nr. 101. 1927. — Biberfeld: Deut. med. Woch. Nr. 50 i 51. 1927. — Brandenburg: Med. Klinik Nr. 45, 1927. — E. Cohn: Soc. of Biol. chem. w Journ. of Biol. chem. 1927. — P. Emile-Weil: Soc. med. des hôpit. Nr. 25, 1927. — Fiestinger i Castéran: Soc. med. des hôpit. Nr. 27, 1927. — Gettler i Lindeman: Arch. of intern. med. 1927. G. Hayem: Soc. med. des hôpit. Nr. 26, 1927. — Jagic i Spengler: Wien. Klin. Woch. Nr. 47, 1927. — Koessler, Maurer i Loughlin: Journal of the americ. med. assoc. 1926. — Lemaire: Bull. de l'Acad. royal de Méd. de Belgique. 1927. — Mc. Cormick: Arch. of internal. med. Nr. 6, 1927. — Minot i Murphy: Journal of the Americ. med. assoc. 1926, str. 460 i 1927 str. 759. — Mouzon: Press. Médical. Nr. 102, 1927. — Pal: Wien. Klin. Woch. Nr. 5, 1928. — Pal: Wien. Klin. Woch. Nr. 43, 1927. — Pal: Aerztliche Praxis. Nr. 12, 1927. — Rathery i Maximin: Soc. med. des hôpit. Nr. 24, 1927. — Rosenov: Med. Klin. Nr. 1, 1928. — Rosenov: Klin. Woch. Nr. 33, 1927. — Schottmüller: Münch. med. Woch. Nr. 38, 1927. — Seyderhelm: Klin. Woch. Nr. 1, 1928. — Seyderhelm i Opitz: Klin. Woch. Nr. 5, 1928. — Simmons. Becker i Mc. Collum: Journ: of the Americ: med. assoc. 1927, str. 1047. Journ. of biolog. chem. 1927. — West: Proc. of the Soc. for exper. Biolog. and Med. 1927. — Weil: Bull. et mem. de la Soc. Med. des Hôp. de Paris, Nr. 25, 1927. — Whipple and Robscheit-Robbins: Proc. of the exper. Biolog. and Med. 1925, str. 408 i 1927, str. 860 i 1271.

A. LANDAU, B. JOCHWEDS i R. PEKIELIS. Warszawa.

Przewężenie dwunastnicy.

Z I-go oddziału wewnętrznego Szpitala Wolskiego
Ordynator: Dr. A. Landau.

I. Przypadek raka głowy trzustki, przebiegającego ze zwężeniem podbrodawkowem dwunastnicy bez żółtaczki i stolców tłuszczowych.

Chory J. Sz. l. 58, przybył do szpitala dnia 23. XII. 1926 r. z powodu trwających od 5-ciu tygodni rozlanych bólów brzucha, najmocniejszych w dołku, promieniujących do krzyża oraz do obu boków. Bóle te są stałe, jednak w 1—$1^1/_2$ godz. po każdem jedzeniu wzmagają się znacznie, do tego stopnia, że chory boi się nawet kilku kęsów, pomimo bardzo dobrego apetytu. Bóle mają charakter ściskania, towarzyszy im głośne przelewanie i burczenie w całym brzuchu oraz b. przykre uczucie ciężaru i pełności. Nie wymiotuje, nudności nie odczuwa, odbijań i palenia nie miewa. Podczas bólów chory kładzie się na prawy bok. Gorąco sprawia mu ulgę. W nocy źle sypia z powodu bólów, nawet wtedy, gdy nic nie jadł od obiadu.

Stolec zaparty, co 3—4 dni. Bóle brzucha są niezależne od oddawania stolca. Mocz oddaje bez zaburzeń. Ostatnio schudł znacznie.

Stan obecny: (24. XII. 1926) budowa prawidłowa, odżywianie złe. Sinica warg; siatka naczyniowa na twarzy wyraźnie zaznaczona. Spojówki powiekowe bladoróżowe.

Jama ustna: uzębienie złe, język obłożony, wilgotny. Gardło i podniebienie miękkie lekko przekrwione. Migdałki małe.

Szyja: miernie długa, dość wąska; napełnienie żył nieznaczne. Tarczyca niepowiększona.

Klatka piersiowa: budowa prawidłowa, symetryczna; kąt żebrowy nieco większy od 90°. Międzyżebrza niezbyt szerokie Dołki nadobojczykowe lekko zapadnięte. Typ oddychania mieszany, oddechów 24 na 1'. Udział mięśni dodatkowych nieznaczny.

Granice płuc: dolne XI mż. (od tyłu), ruchome; górne od tyłu c_7, od przodu 2 palce nad obojczykami z obu stron. Odgłos jawny, z odcieniem pudełkowatem, oddech pęcherzykowy, wdech chropawy, wydech długi, pokryty rozlanemi licznemi furczeniami i świstami; u podstaw obu płuc sporo drobnobańkowych rzężeń bezdźwięcznych, niezlewających się.

Serce: pokryte przez płuca. Tony głuche. Nad tętnicą szyjną II-gi dźwięczny, lekko wzmożony. Tętno 72 na 1', miarowe, słabo napięte i wypełnione, łatwo uciskalne; tętnice miękkie, o przebiegu prostym. Ciśnienie krwi: 155/110 (Riva-Rocci).

Jama brzuszna: powłoki napięte, nadbrzusze zapadnięte, podbrzusze wysklepione; ruchów perystaltycznych nie widać; pluskanie w podbrzuszu. Wątroba wypukuje się na 2 palce pod łukiem żebrowym, z powodu znacznego napięcia powłok nie daje się wymacać.

Układ nerwowy: źrenice dobrze reagują na światło i przystosowanie. Odruchy ścięgniste zachowane, patologicznych niema. Zaburzeń czucia nie stwierdzono.

Badanie *per rectum:* gruczoł krokowy mały: Douglass wypełniony pętlami jelitowemi.

Mocz: c-g. 1,022, kwaśny. Białko, cukier: —. Urgen +. Diazo —. Osad: 1) 1—2 krwinki w polu widzenia; 2) sporo osełek kwasu moczowego.

Krew: odczyn Wassermanna: +++ (dwukrotnie). Czerwonych ciałek: 5,000.000. Hemoglobiny = 90%. Wskaźnik = 0,9. Białych ciałek 6.000, obojętnochł. 60%, limf. 40%.

Płyn mózgowordzeniowy: N. Appelt ujemny; odczyn WR. ujemny; pleocytozy niema.

Plwocina: Koch —; włókien elastycznych niema.

Zawartość żołądka: Na czczo wydobyto około 5 cm³ zawartości zielonkawej o wyglądzie plwociny; odczyn słabo kwaśny; kwas solny wolny nieobecny. Próby na krew ujemne. Pod mikroskopem niestrawione leukocyty i nabłonki płaskie.

Po próbnem śniadaniu (bułka. szklanka herbaty) — wydobyto 60 cm³ zawartości, dobrze strawionej, $^2/_3$ płynu, $^1/_3$ miazgi. Kwas solny wolny — 50. Ogólna kwasota 68. Próby na krew: ujemne.

Kał: barwy brunatnej, spoisty. Próby na krew ujemne. Mikroskopowo: resztek pokarmowych (włókien mięsnych. tłuszczów, mydeł), ani też jaj pasorzytów nie znaleziono.

Prześwietlenie żołądka i jelit (3. I. 1927): Treść pokarmowa przechodzi przez przełyk swobodnie i szybko i zbiera się na dnie żołądka, które sięga aż do spojenia łonowego. Warstwa sekrecyjna prawidłowa. Silnie wzmożona perystaltyka żołądka.

Część odźwiernikowa wypełnia się dobrze, zawartość przedostaje się do opuszki dwunastnicy kształtnej, dużej, która natychmiast przepuszcza do dwunastnicy.

Po 3 godzinach żołądek opróżniony, zawartość zbiera się w jelitach cienkich.

Po 24 godzinach poprzecznica leży poniżej pępka na szerokość dłoni, lewy kąt sięga do lewego podżebrza.

Przebieg choroby: bóle brzucha w czasie od 23. XII. 1926 do 4. II. 1927 były bardzo uporczywe; chory głodził się ciągle; gdyż spożycie pokarmów powodowało nieznośne bóle, występujące w 1—2 godziny po jedzeniu, trwające szereg godzin. Jednak nawet pomimo prawie stałego głodzenia się, chory skarży się na ciągłe bóle, występujące częściej w nocy niż w dzień; jedynie w pierwszej połowie stycznia udało się nam zmniejszyć bóle za pomocą środków antynewralgicznych (Pyramidoni-Antipyrini aa 0,25 — Coff. n. benz. 0.15). Waga bez zmiany (45,2—45,0 kg). Stolce zaparte, spoiste, brunatnawe; resztek pokarmowych nie zawierały. O zabiegu operacyjnym chory nawet słyszeć nie chce.

1. II. 27. Zgłębnikowanie dwunastnicy — zgłębnik nie przeszedł poza odźwiernik; sok żołądkowy wydziela się w sporej ilości, barwy jasno-zielonkawej.

4. II. W nocy chory miał silną zgagę, wzdęcie brzucha oraz silne bóle w całym brzuchu, promieniujące do krzyża. Dziś — po wypiciu szklanki herbaty zwymiotował całą miskę ciemno-zielonej gęstej treści; po wymiotach czuje się lepiej.

T. 36,4°. Tętno 102. słabo napięte. Brzuch— przed wymiotami wzdęty w okolicy podbrzusza, zaznaczona perystaltyka żołądka; po wymiotach zapadnięty, twardy jak deska, b. bolesny na ucisk. Pluskanie w podbrzuszu wyraźnie zaznaczone; zmiana pozycji nie wpływa na zmianę granic stłumień bocznych.

Stolec zaparty. W wymiocinach barwy ciemno-zielonej: HCl — 20, ogólna kwasota 40. Krew obecna. Mikroskopowo: strawione leukocyty; sarcyn nie znaleziono.

5. II. Wymioty bardzo uporczywe, kilkanaście szklanek dziennie. Chory b. osłabiony. Ciśnienie 90/60. Tętno 102, b. drobne. Zalecono: krople adrenalinowokokainowe, hypodermoklizmy (½—1 litra) i kroplówki (1½ litra na dobę) z fizjolog. rozczynu NACL + 5% glukoza. Na operację chory stanowczo się nie zgadza.

6. II. Wymiotował tylko 1 raz, ok. 3—4 szklanek ciemno-zielonego płynu.

W podbrzuszu stwierdza się stawianie żołądka. Jednocześnie wystąpiły samoistne drgawki tężyczkowe lewej dłoni („ręka położnika"), powtarzające się co kilka minut; objawy Trousseau i Chwostka wybitnie dodatnie; pobudliwość mechaniczna mięśni i nerwów b. znaczna.

Mocz: ilość dobowa 100 cm³, c. g. 1,030; odczyn kwaśny. Białko + (1‰); cukru, acetonu niema; urobilinogen niewzmożony, w osadzie: pojedyncze wałeczki szkliste i krwinki na preparacie. Mocznika 2,0 g na dobę, chlorków (NaCL) 0,3 g.

Surowica: zasób zasad (V. Slyke) — 86 cm³ (zamiast normalnych 50—60), białka 10%, mocznika 1,0 g‰, kwasu moczowego 180 mg‰, chlorków 0,32%.

Oprócz dotychczasowych zabiegów (lawatywy kroplowe i wlewania podskórne z 0,9% NaCL+5% glukoza) stosowane są odtąd codziennie zastrzykiwania dożylne 10 cm³ 10% $CaCL_2$ oraz płukania żołądka rozczynem fizjolog. NaCL.

7. II. T. 35,8°. Tętno 84, ledwo macalne. Wymioty trwają. Drgawek tężyczkowych od wczoraj popoł. nie było, natomiast objawy Trousseau i Chwostka wybitnie dodatnie.

8. II. T. 36,0°. Tętno 60. Twarz zapadnięta, wyschnięta (jak w cholerze). Wymioty od 12—15 szklanek na dobę, ciemno-zielone Drgawek nie było; objawy Trousseau i Chwostka ujemne; wzmożenie pobudliwości mechanicznej mięśni znaczne, nerwów — słabo zaznaczone. Zarysy żołądka mniej wyraźne, niż dni poprzednich.

Mocz: 200 cm³ na dobę. Krew: mocznika w surowicy 1,0 g‰, chlorków — 0,30%, V. Slyck — 86. Hb. — 120%, czerw. krążków 6,000.000 w 1 mm³.

Zabiegi lecznicze wyżej wspomniane (6. II.) stosowano codziennie.

9.—10. II. Nieznaczna poprawa. Chory nie wymiotuje, siada o własnych siłach. Mocz: 850 cm³ na dobę; mocznika 14,0 g na dobę, chlorków 2,5 g, V. Slyck 400, białka ślad, urgen +, w osadzie tylko skąpe krwinki niezmienione. Pomimo lepszego wydalania mocznika w moczu (2,0—14.0 g na dobę) zawartość mocznika w surowicy zmniejszyła się bardzo nieznacznie: z 1,0 g na 0,9 g‰ (p. część II); hypochlorhydria pozostaje na niskim poziomie (0,30%).

9. II. Rentgen: żołądek rozszerzony; krzywizna wielka na 3 palce powyżej spojenia łonowego. Ściany żołądka zupełnie zwiotczałe. Chwilami jednak występuje gwałtowna, ale b. krótkotrwała perystaltyka, przesuwająca treść kontrastową do znacznie rozszerzonej opuszki i części zstępującej dwunastnicy.

Żołądek nieprzesuwalny, bolesny. W pozycji stojącej i leżącej położenie jego prawie się nie zmienia. Po 6 godzinach ⅓ treści pozostaje w żołądku o kształcie miskowatym.

11.—15. II. Znowu znaczne pogorszenie. Uporczywe wymioty. Stawianie się żołądka ledwo zaznaczone. Drgawek nie było. Objawów Trousseau i in. niema, pomimo trwającej alkalozy (V. Slyck — 86).

16. II. Stan b. ciężki. Tętno 100, ledwo macalne. Obfite wymioty ciemnozielone, kilkanaście szklanek na dobę.

17.—20. II. Tętno niemacalne. Chory nieprzytomny; nie wymiotuje. Wszystkie zabiegi (kroplówki, płukania żołądka, hypodermoklizmy, inj. $CaCl_2$) przerwano.

Podbrzusze wypełnione; ruchy robaczkowe niewidoczne.

20. II. Chory zmarł. Rozpoznanie kliniczne: Zwężenie podbrodawkowe dwunastnicy, wywołane prawdopodobnie przez wrzód stwardniały *(ulcus callosum)*

Sekcja dnia 22. II. 1927 r. (Dr. Siedlecka).

Badanie zewnętrzne: odżywianie b. nędzne. Skóra pomarszczona, sucha.

Jama brzuszna: Wątroba mała, nieznacznie wystaje z pod łuku żebrowego. Żołądek ogromnych rozmiarów, sięga swą krzywizną do spojenia łonowego; po otwarciu jamy brzusznej widać tylko wątrobę i żołądek.

Jelita cienkie i poprzecznica leżą prawie całkowicie w miednicy małej. Sieć b. mała, gruba z licznemi białawemi, okrągłemi twardemi guzkami. Na krezce w miejscu przyczepu jelita liczne takież same jak w sieci guzki, miejscami dochodzące do wielkości orzecha laskowego. Żyły wieńcowe żołądka b. grube, obficie krwią wypełnione, otoczone takiemiż guzkami; takież guzki na krzywiźnie małej.

Klatka piersiowa: krótka, szeroka, dobrze wysklepiona; wysokość przepony obustr. VI żebro.

Narządy krążenia krwi: Serce mniejsze od pięści; na nasierdziu z przodu liczne białe plamy. Przyrząd zastawkowy serca bez zmian. Mięsień sercowy wybitnie brunatny, spoisty.

Pojemność komór zwykła.

Śledziona: wielkość zwykła, torebka napięta. Przekrój równy, szaro różowy; wyraźny zrąb łącznotkankowy; spoistość nieco zwiększona.

Narządy oddychania: Płuca powietrzne, rozedmowe.

Narządy trawienia: Wątroba mała, brzeg ostry; gdzieniegdzie przez torebkę uwypuklają się guzy białe wielkości orzecha laskowego; na przekroju: rysunek b. drobny, zabarwienie na przekroju brunatne, gdzieniegdzie guzy białe. Spoistość znaczna. Żołądek ogromny, zawiera b. dużo treści płynnej fusowatej. Błona śluzowa pokryta ogromną ilością ściśle przylegającego śluzu, cienka, gładka, lśniąca. Dwunastnica: część poprzeczna górna i część zstępująca b. szerokie; błona śluzowa nierówna, pokryta szyfrowemi plamkami. W środku części poziomej dolnej *(pars horisont. inf.)* zwężenie; w tem miejscu jelito ściśle zespolone z dolną częścią głowy trzustki. W miejscu zwężenia znajduje się ubytek niewielki, pokryty krwawą treścią i drążący wgłąb wyżej wspomnianej części trzustki. W tej właśnie części głowy trzustki znajduje się guz zbity, białawy, o utkaniu pasmowatem, mieszkowem, przechodzącem w zrazikową budowę tkanki trzustkowej, która jest dobrze zachowana w górnej części głowy, trzonie i ogonie. Drogi żółciowe niezmienione. Jelita cienkie: b. znacznie zapadnięte, światło ich wyraźnie wąskie. Gdzieniegdzie zawierają krwawą treść. Błona śluzowa gładka, lśniąca, obficie pokryta śluzem. Jelito grube: dość obfita ilość kału sformowanego; błona śluzowa bez zmian.

Narządy moczopłciowe: nerki małe, torebka łącznotkankowa schodzi łatwo; rysunek przekroju wyraźny, zabarwienie czerwonawe. Pęcherz moczowy mały, bez zmian. Gruczoł krokowy mały.

Tarczyca: b. mała, drobnozrazikowa, czerwona, poprzecinana pasmami tkanki łącznej.

Nadnercza: grube, w korze liczne gruczolaki; subst. rdzenna miękka (szarawa). (Dr. Siedlecka).

W przypadku powyższym, w pierwszym okresie choroby (do 4. II. t .j. do czasu wystąpienia wymiotów żółciowych) rozpoznanie wahało się pomiędzy sprawą swoistą - korzonkową *(gastroenteroradiculitis luetica)*, o czem należało myśleć ze względu na dodatni odczyn Wassermanna we krwi, a wrzodem okołoodźwiernikowym, sprawą pęcherzykową i zrostowo-okołopęcherzykową, oraz nowotworem żołądka lub trzustki.

Sprawa korzonkowa kiłowa może dać zespół żołądkowy z nadkwaśnością i bólami, wzmagającemi się po jedzeniu, zupełnie podobny do wrzodu żołądka, jednakże ujemny odczyn Wassermanna w płynie mózg.-rdzen. wraz z brakiem odczynu zapalnego ze strony opon mózgowych (N. Appelt: —, brak pleocytozy), pozwolił nam odrzucić to przypuszczenie.

Stałość i gwałtowność bólów, wzmaganie się ich po każdym kęsie pokarmu, narzucały podejrzenie sprawy wrzodziejącej przyodźwiernikowej, dobrotliwej lub złośliwej; jednak stała nieobecność krwi w soku żołądkowym i w kale oraz brak charakterystycznych zmian rentgenologicznych nakazywały wielką rezerwę.

Sprawa pęcherzykowa i zrostowo-okołopęcherzykowa wydawała się mało prawdopodobna ze względu na brak bolesności w punkcie pęcherzyka oraz na kształtną i wolną opuszkę dwunastnicy w obrazie rentgenologicznym; jednakże nie mogliśmy tego przypuszczenia stanowczo obalić, gdyż zgłębnik dwunastniczy nie przeszedł do dwunastnicy, cholecystografji zaś nie dokonano ze względów technicznych.

Przypuszczenie nowotworu głowy trzustki ze zmianami uciskowemi zaotrzewnemi i zależnemi od tego bólami było niepewne, ponieważ na początku pobytu w szpitalu chory nie tracił na wadze, a liczba czerwonych ciałek i hemoglobiny (5 milj. i 90%) pomimo wyglądu charłacznego była dostateczna; przytem brak było objawów występujących zwykle b. wcześnie w nowotworach głowy trzustki, jak żółtaczka, stolce tłuszczowe, macalny powiększony pęcherzyk żółciowy i t. p.

Zmiana w przebiegu choroby, która nastąpiła dnia 6. II. w postaci uporczywych i b. obfitych wymiotów zielonkawych, oraz stawiania się i rozstrzeni żołądka, pozwoliła nam jeszcze przed ponownem badaniem rentgenologicznem ściśle ustalić, iż mieliśmy do czynienia ze zwężeniem dwunastnicy, umiejscowionem podbrodawkowo (t. j. z zachowaną komunikacją pomiędzy przewodem żółciowym a żołądkiem). Jednakże ściśle ustalić rodzaj i umiejscowienie sprawy chorobowej nie byliśmy w stanie, jak również zdecydować, czy zwężenie to zależne było od wrzodu stwardniałego dwunastnicy i zmian okołodwunastniczych *(ulcus callosum duodeni et periduodenitis)*, czy też od ucisku nowotworowego. Wrzód dwunastnicy występuje w dolnej poziomej części dwunastnicy nadzwyczaj rzadko. Chwostek 23) na 56 przypadków wrzodu dwunastnicy podaje tylko 2; Schaw 14) na 149 — również tylko 2 w tym odcinku. Kraus 24) na 47 — ani jednego z umiejscowieniem podbrodawkowem; Moynihan 25), który zebrał statystyki Collin'a, Perry, Schaw'a i Oppenheimer'a kilka przypadków (autorzy ci charakteryzują nawet wrzód dwunastnicy jako schorzenie „nadbrodawkowate"). Pomimo to brak żółtaczki raczej przechylał szalę w stronę wrzodu peptycznego; w zwężeniu dwunastnicy podbrodawkowem wchodzić mógłby jeszcze w grę rak głowy trzustki, ten jednak, jak zaznaczyliśmy poprzednio, daje żółtaczkę w 90% przypadków i bez żółtaczki klinicznie trudno o nim myśleć.

Zwężenie dwunastnicy podbrodawkowe *(stenosis duodeni infrapapillaris)*, opisane poraz pierwszy w 90-ych latach ubiegłego stulecia przez Boasa 1), 2), Hertza 3), Riegel'a 4), Albu 8), i innych 5), 6), 7), 8), 9), 10), 11), a które wystąpiło u naszego chorego w swej najtypowszej postaci, może powstać poza wyżej wymienionemi przyczynami na innem jeszcze podłożu, a więc zależnie od zmian w przebiegu dwunastnicy, uchyłków, gruźlicy i nowotworów 12), 13), 14), 15), 16) w dolnej poziomej części dwunastnicy, zrostów okołopęcherzykowych, zrostów, powstałych w następstwie przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego (drogą naczyń chłonnych — Basset 17), Duval 18), wreszcie, zależnie od dużych rozmiarów kamienia, który przedostał się z dróg żółciowych, lub też zatoru krezkowo-tętniczego.

Wszystkie te możliwości u naszego chorego, jak to wynika z jego historji choroby, nie wchodziły w rachubę i dlatego wspominamy o tem tylko gwoli ścisłości.

Ponownie dokonane prześwietlenie żołądka i dwunastnicy w dniu 9. II. całkowicie potwierdziło nasze rozpoznanie kliniczne co do obecności podbrodawkowego zwężenia dwunastnicy; jednak rentgenografja nie potrafiła rozprószyć wątpliwości co do tego, jaka była przyczyna zwężenia u naszego chorego. Osobliwość naszego przypadku polegała na tem, iż, jak to wykazało badanie sekcyjne, rak głowy trzustki miał jako punkt wyjścia, dolną połowę narządu, przyczem górna połowa głowy trzustki wraz z przewodem trzustkowym i brodawką Vatera zostały całkowicie nietknięte i drożne. To było przyczyną braku żółtaczki i stolców tłuszczowych u naszego chorego. Zjawiskiem, jak już parokrotnie podkreślaliśmy w przebiegu raka głowy trzustki nadzwyczajnie rzadkiem, jest szerzenie się nowotworu u naszego chorego w kierunku dwunastnicy, której dolny odcinek poziomy został wciągnięty w obręb nacieczenia nowotworowego i przebity. Te oto okoliczności sprawiły, że dokładne rozpoznanie za życia trafiało na nieprzezwyciężone trudności.

Jedną zwłaszcza trudność różniczkowo-rozpoznawczą w naszym przypadku pozwolimy sobie jeszcze podkreślić. Jesteśmy przyzwyczajeni do tego, iż w posuniętych okresach nowotworu złośliwego chory jest zanemizowany, błony śluzowe i skóra blade, skóra na stopach i krzyżu jest obrzękła, lub w każdym razie ciastowata, a badanie krwi stwierdza zubożenie jej w czerwone krążki, hemoglobinę i białko. Żadnego z tych objawów nie było u naszego chorego, przeciwnie, na twarzy i wargach uderzało wybitne zabarwienie sinicze, błony śluzowe były mocno nastrzyknięte, obrzęków nie było, skóra była sucha, a badanie krwi wykazało, iż jest ona pod każdym względem zagęszczona (Hb. 120%, czerw. krążków 6,000.000 w 1 mm³, a zawartość białka w surowicy wynosiła 10% zamiast normalnych 8%.

Przypadek nasz poucza, iż nowotwory złośliwe, przewężające dwunastnicę lub odźwiernik prowadzą nie do anemizacji, lecz do zagęszczenia krwi i policytemji, jak w cholerze. Ten szczegół obrazu klinicznego w nowotworach górnego odcinka przewodu pokarmowego z jego przewężeniem zasługuje na szczególną uwagę. O odrębnym zespole serologicznym, o innych charakterystycznych zmianach we krwi, jakie u naszego chorego wystąpiły, i o zależności ich od przewężenia dwunastnicy mowa będzie w następnym artykule (część II.).

Piśmiennictwo.

Część I.

1) Boas: D. med. Woch. 1891, Nr: 28: — 2) Boas: D. med. Woch. 1917, Nr: 26 (Pyloritis ulcerosa). — 3) Herz. D. med. Woch: 1896, s. 362 (über Duodenalstenose). — 4) Riegel: D. med. Woch. 1886, Nr: 52: — 5) Leichtenstern: Handb. d. spez. Path. u. Ther. 1876, VII. — 6- Hochhaus: Berl. klin. Woch. 1891, Nr. 17 (über Magenerweiterung nach Duodenalstenose): — 7) Schüle: Berl. klin. Woch. 1894, Nr: 45: (Duodenalstenose durch einen Gallenstein). — 8) Albu: Zbl. f: d: Grenzgeb. 1899, s. 145. (Diagnose u.: Therapie der Duodeialstenose). — 9) Jonas: Wien. kl. Woch. 1910, Nr. 7; 1913, Nr. 11: — 10) Reiche: Jahrber. d. Hamburger Statskrankenamt. 1898.' (Tiefe Duodenalstenose). — 11) Rewidoff: A. f. Werd. kr. 1898. IV. — 12) Pic: Rev. du med. 1894/5. (Contribution a l'etude du cancer primitif du Duodenum). — 13) Küttner: Verh. d. 37. Chir.-Kongr. 1908, Verh. d. D: Ges. f. Chir.' 1913, XLII. — 14) Perry u. Schaw: Diseases of the duodenum: Guys hosp. rep. 1893. — 15) Mayo: B. med. J. 1907: — 16) Melchior: Die Chirurgie des Duodenums. N. D. Chir. v: Küttner: Enke 1917.' — 17) Basset: Periduodenite et appendicite. Arch.' des Maladies de l'Appar: Digestif: 1925, Nr. 9. — 18) Duval: Etudes Medico- radio- chirurgical sur le Duodenum (Masson, Paris 1924). — 19) Oser: Nothnagels Hb. 18, 2 Teil. — 20) Heiberg: Zt. f. klin. Med. 1911, 62, s. 463: — 21) Heiberg: Krankh. d. Pancreas. Wiesbaden 1914: — 22) Spez: Path: u.' Ther. innerer Krankh. Kraus-Brugsch. VI B., 1 H., s. 76. Carcinoma pancre atis (Prof. Ad. Schmidt); die Duodenalstenstose (Prof. Gustav Singer) s. 699—706. — 23) Chvostek sen.: Das Duodenalgeschwür. Wr. med. Jahrb. 1883. — 24) Krauss J.: Perforiende Geschwür im Duodenum. Inaug. Diss. Tübingen 1864. — 25) Moynihan: Duodenalulcer. Br. med. J. 1907.

II. O toksycznym zespole serologicznym w przewężeniu dwunastnicy i o jego leczeniu.

Poprzednio opisaliśmy przypadek podbrodawkowego zwężenia dwunastnicy *(strictura duodeni infrapapillaris)* z powodu raka głowy trzustki, przebiegający bez żółtaczki i stolców tłuszczowych, i omówiliśmy charakterystyczne objawy kliniczne tego przewężenia: obfite wymioty żółciowe, odwodnienie ustroju ze znacznem zagęszczeniem krwi (zwiększoną ilością hemoglobiny, krążków czerwonych we krwi oraz białka w surowicy) spadek ciśnienia krwi i wydajności moczu oraz wybitnie wzmożoną pobudliwość nerwowo-mięśniową w postaci tężyczki.

Do bardzo niedawna jeszcze utrzymywano ogólnikowo, iż tężyczka, występująca w posuniętych okresach niedrożności górnego odcinka przewodu pokarmowego, czyto w okolicy odźwiernika, czy też dwunastnicy, jest następstwem jakiegoś stanu toksycznego, ale bliższa istota tego zatrucia nie była dokładnie znana. Dopiero dokonane w ostatnich latach badania równowagi zasadowo-kwasowej ustroju oraz wprowadzona do kliniki niezwykle prosta i niezłożona metada Van Slyke'a określania zasobu zasad w surowicy pozwoliły ustalić, iż tężyczce towarzyszy nieodłącznie alkaloza ustroju, której dobitnem świadectwem jest wzmożona rezerwa zasad w osoczu.

Jeżeli liczba V. Slyke'a w osoczu prawidłowem wynosi: 55 do 65 cm CO_2 w 100 cm³, to w tężyczce liczba ta dochodzi lub przekracza nieraz nawet 100. W ostatnich dwóch latach z kliniki Mayo w Rochester ukazały się publikacje kliniczne Mc. Vicar'a i doświadczalne Walters, Kilgore i Bollmanna, z których wynika, iż stany toksyczne, wywołane przez niedrożność górnego odcinka przewodu pokarmowego, oznaczają się obecnością charakterystycznego zespołu serologicznego, na który składają się trzy objawy: wzmożona rezerwa zasad, zmniejszona zawartość chlorków, wzmożona zawartość mocznika ew. azotu niebiałkowego. Cały ten charakterystyczny zespół serologiczny stwierdziliśmy u naszego chorego.

Zasób zasad w osoczu, oznaczony u chorego dwukrotnie, wyniósł za każdym razem 86 cm³ CO_2 i pomimo jednakowej liczby

Data	Surowica				Krew					Mocz										Wymioty			Objawy tężyczki				Leczenie
	Mocznik: gr w 1 litrze	Kwas moczowy: mgr. w 1 litrze	Chlorki (Cl') gr w 1 litrze	Białko %	V. Slyck ilość cm³ CO_2	Czerwone ciałka w miljonach	Hemoglobina %	Białe ciałka	Wzór białych ciałek	Ilość dobowa w cm³	Mocznik: gr na dobę	Chlorki: gr na dobę	V Slyck	Białko %	Urobilinogen	Cukier	Aceton	Osad	Stolce	Ilość w litrach	HCl wolny	Ogólna kwasota	Drgawki	Obj. Trousseau	Objaw Chwostka	Wzmożenie pobudl. mięśni i nerwów	
4-5 II										100									—	4			—	—	—	—	1% 1 NACl physiol. +5% gluk. w lawat. kroplowych; wlewania podskórne 2—1 NACl + 2½% glukoza
6 II	1·0	180	3·2	10						100	2·0	0·3		1	—	—	—	pojed. wałki szkl. krwinki	+	4			+++	+++	++	+++	" " — inj. Calc. chlor. płukanie żołądka NaCl.
7-8 II	1·0		3·0		86	6	120			200				1					—	2	20	40	—	+++	+++	+++	idem.
9 II								9.000	N 88% L 12%					?					+	1			—	+	+	+++	idem.
10 II	0·9	150	3·0	10						850	14·0	2·5	400	ślad	—	—	—	pojed. krwinki	—	1			—	—	—	+	idem.
11—12 II			3·0	~						250	2·0	0·75	200	0·2	+	—	—	"	—	1			—	—	—	—	kroplówki, płukanie żołądka, inj. $CaCl_2$
13—15 II	0·9		3·0		86					300	3·0	0·8	350	ślad	+	—	—	"	13 V brunatne	2	5	15	—	—	—	+	kroplówki, płukanie żołądka
16—20 II		St. agonisans								?									—	1—2			—	—	—	+	kroplówki
Norma	0·2—0·3 gr	30—40	3·55 gr	50—60 cm³																							

Van Slyke'a pobudliwość nerwowo-mięśniowa była zmienna, albowiem podczas pierwszego badania (7./8. II.) u chorego występowały częste napady tężyczki, podczas drugiego zaś (13/15) ustąpiły, niewątpliwie wskutek zaleconych środków leczniczych, o jakich mowa jeszcze będzie poniżej.

Zawartość chloru w osoczu, była u naszego chorego wyraźnie zmniejszona i wynosiła przy pierwszym badaniu 0,32% (patrz tabl. 6. II.) i w następnych trzech badaniach 0,3%. Normalna zawartość Cl w osoczu wynosi 0,355%; napozór mogłoby się wydawać, iż różnice, jakie uzyskaliśmy u naszego chorego są nieznaczne. Jeżeli jednak uprzytomnimy sobie, z jak wielką wytrwałością ustrój dąży do utrzymania poziomu chloru we krwi w ścisłych granicach bez wahań, i jak wielkich zaburzeń potrzeba, by poziom ten zmienić, to przyznać będziemy musieli, iż zubożenie osocza w Cl u naszego chorego było znaczne.

Przyczyny powiększenia zasad oraz zmniejszenia chloru w osoczu naszego chorego zależne są niewątpliwie od obfitej utraty z wymiotami płynu, zawierającego kwas solny, a więc wartości kwasowe i chlor. Chory nasz z wymiotami tracił nieraz parę litrów zielonkawego, zabarwionego żółcią płynu, który parokrotnie badano i 7., 8. II. ogólna kwasota tego płynu wynosiła 40, a wolny HCl = 20, w dniach 12/15 liczby odnośne 15 i 5. Haden zaznacza, iż spadek chloru we krwi nie znajduje całkowitego wytłumaczenia w utracie zawartości żołądkowej i kwasu solnego, albowiem zjawisko powyższe spostrzegano klinicznie i doświadczalnie w przypadkach bez wymiotów (cytowane według Vicar'a Mayo papers Tom XVII str. 64).

Przechodzimy obecnie do rozpatrzenia trzeciego ogniwa oznaczonego przez nas zespołu serologicznego: wzmożonej zawartości mocznika w surowicy, t. zw. azotemji.

Wielokrotne badania surowicy na mocznik w okresie prawie trzytygodniowym, kiedy w obrazie klinicznym ujawniły się objawy przewężenia dwunastnicy, wykazywały wzmożoną i prawie niezmienną zawartość mocznika w surowicy, wynoszącą zamiast normalnej (0,3‰) — 0,9‰, a nawet 1‰. Dodamy od siebie, o czem autorzy amerykańscy nie wspominają, iż takiemuż wzmożeniu u naszego chorego uległ również poziom kwasu moczowego w surowicy, który zamiast normalnych 30—40 mg w litrze wahał się w granicach wysokich liczb 150—180 mg‰.

Jaka jest przyczyna stwierdzonego przez nas zatrzymania produktów rozpadu azotowego we krwi?

Jeżeli rzucimy okiem na liczby zawartości we krwi hemoglobiny i czerwonych krążków oraz na zawartość białka w surowicy u naszego chorego, to znajdziemy w nich wymowne świadectwo znacznego zagęszczenia krwi, zależnego od obfitej utraty wody z wymiotami. Jednak zagęszczenie krwi nie jest w stanie samo przez się wytłumaczyć azotemji, bowiem azotemja wzrosła o przeszło 300%, kiedy z liczb hemoglobiny, czerwonych krążków i białka w surowicy wynika, iż zagęszczenie wynosi tylko około 20%.

Czy azotemja w przewężeniach dwunastnicy nie zależy od uszkodzenia nerek?

Istotnie, badanie moczu w naszym przypadku wykazuje bardzo skąpą jego wydajność dobową, pozatem mocz zawiera ślady 0,1‰—1‰ białka ze skąpemi wahaniami i świeżemi krwinkami w osadzie (patrz tabl.). Wiemy jednak, iż zapalenie nerek, prowadząc do azotemji, jednocześnie wywołuje kwasicę t. j. zmniejszenie zasobu zasad w osoczu i hyperchloremję, co dowodzi, iż azotemji nie wolno nam kłaść na karb wyłącznie pierwotnego uszkodzenia nerek.

Ze spostrzeżeń Dixot'a wynika raczej, iż uszkodzenie nerek jest jednym z objawów ogólnego zatrucia i że u chorych z tężyczką, zależną od górnego odcinka przewodu pokarmowego, białko i wałki w moczu giną i zjawiają się równolegle i równocześnie z wprowadzeniem i zaprzestaniem stosowania rozczynów soli kuchennej. Nasz przypadek potwierdza powyższe spostrzeżenie Dixot'a, albowiem z chwilą zalecenia choremu lawatyw kroplowych z rozczynu fizjologicznego Na CL plus glukoza (5—10%) oraz zastrzykiwań podskórnych podobnego rozczynu (chory otrzymywał na dobę w lawatywie kroplowej półtora litra i w wstrzykiwaniu podskórnem pół do całego litra, dożylnie oprócz tego 10 cm³ 10% $CaCl_2$) białkomocz zmniejszył się z 1‰ do 0,2‰, a nawet do śladów. Skoro azotemji nie tłumaczy całkowicie ani zagęszczenie krwi, ani uszkodzenie czynności nerkowej, musimy, idąc śladem autorów amerykańskich, przypuścić, iż do wzmożonej zawartości we krwi produktów azotowych przyczynia się również toksyczny rozpad białka ustrojowego.

Jaka jest istotna przyczyna stanów toksycznych, powstających w niedrożności górnego odcinka przewodu pokarmowego, które klinicznie odznaczają się wystąpieniem tężyczki, wzmożoną pobudliwością nerwowo-mięśniową i uszkodzeniem nerek, a które laboratoryjnie oprócz znacznego zagęszczenia krwi wykazują charakterystyczne trio serologiczne: wzmożoną alkalozę, azotemję i hypochloremję?

Stany powyższe jednakowo łatwo towarzyszą zwężeniu odźwiernika, jak dwunastnicy, z czego wynikałoby, iż utrata zawartości dwunastnicy wraz z sokiem trzustkowym i żółcią nie jest *conditio sine qua non* tych stanów chorobowych. Przekonali się o tem również Valters, Kilgore i Bollmann doświadczalnie na psach z przetoką dwunastniczą, u których w nader charakterystyczny sposób spostrzegać się daje oznaczony przez nas zespół chorobowy. Otóż przeszczepienie wspólnego przewodu żółciowego i obu przewodów o 25 cm poniżej ich normalnego ujścia wraz z zachowaniem dla ustroju odnośnych wydzielin gruczołowych w niczem nie zmienia obrazu tego zespołu toksycznego u psów. Wypada przeto sądzić, iż do toksemji w niedrożności górnego odcinka przewodu pokarmowego prowadzi przedewszystkiem utrata wydzieliny żołądkowej, utrata radykałów kwasowych i chlorowych. Powyżej omówiliśmy nieco obszerniej zmiany we krwi, jakie występują w niedrożności górnego odcinka przewodu pokarmowego, a uczyniliśmy to dlatego, iż zdawanie sobie sprawy z ich istoty ma decydujące znaczenie dla postępowania leczniczego w stanach podobnych.

Niezależnie od przyczyn, jakie tę niedrożność sprowadziły, czy to będzie takie czy owakie przewężenie odźwiernika lub dwunastnicy, lub też tylko porażenie żołądka, które wikła zabiegi operacyjne na nim *(gastroplegia)*, nasze zabiegi lecznicze poza drobnemi różnicami, będą te same. Naczelną zasadą postępowania leczniczego w tych razach jest doprowadzenie do ustroju pozażołądkowo znacznej ilości wody, obfitującej przedewszystkiem w sól kuchenną. Musimy przeto drogą zastrzyknięcia dożylnego lub podskórnego albo też przez lawatywę kroplową sprowadzić do ustroju parę litrów rozczynu, zawierającego 0,9% lub 1% soli kuchennej; okazało się również celowem dodanie do rozczynu soli kuchennej cukru gronowego w stężeniu 10%, a więc litr rozczynu powinien zawierać 10 gr Na Cl i 100 gr cukru gronowego. Natomiast podawanie alkaljów (dwuwęglan sodu) jest w tych razach przeciwwskazane, albowiem one mogą tylko spotęgować i tak znaczną alkalozę krwi.

Uwaga powyższa dotyczy szczególnie przypadków z przewężeniem pooperacyjnem żołądka, w których żołądek bywa opróżniony zgłębnikiem i płukany, i otóż do płukania żałądka i lawatyw kroplowych nie należy używać rozczynów alkalicznych, które przyczynić się mogą tylko do pogorszenia sytuacji. Otóż doprowadzona różnemi drogami woda wraz z zawartemi w niej w stężeniu hypertonicznem solą kuchenną i cukrem gronowym stanowi pierwszorzędny środek moczopędny; sól kuchenna podnosi wartość chloru we krwi i obniża zasób w niej zasad, cukier zaś gronowy jest niezwykle pożądanem źródłem kalorycznem, które przyczynia się do zmniejszenia rozpadu tkankowego. Podkreślić tutaj należy, iż wprowadzenie samego tylko rozczynu cukru gronowego bez soli kuchennej jest zgoła niewystarczające; świadczą o tem zarówno spostrzeżenia kliniczne, jak doświadczenia na zwierzętach. W naszym przypadku chory od chwili wystąpienia objawów toksycznych otrzymywał dziennie od ½ do 1 litra rozczynu fizjologicznego soli kuchennej plus 10% glukozy podskórnie, 1,5 litra rozczynu fizjologicznego soli kuchennej plus 5% glukozy w lawatywach kroplowych, 10 cm³ 10% chlorku wapnia dożylnie (Calc Chlor.), płukanie żołądka solą fizjologiczną w ilości od 1 do 1,5 litra.

Wstrzykiwanie rozczynów trafiało na gorące protesty ze strony chorego, który nie mniej stanowczo odrzucał propozycje operacyjne, czynione mu we wczesnym okresie choroby i później wielokrotnie ponawiane. Ostateczny efekt leczniczy u naszego chorego nie mógł być wielki z uwagi na podstawowe cierpienie złośliwe, stale postępujące. Bądź co bądź zdołaliśmy od chwili wystąpienia groźniejszych objawów toksycznych utrzymać chorego przy życiu prawie przez trzy tygodnie uzyskując zaraz po zastosowaniu rozczynów słono-cukrowych znaczną poprawą co do natężenia objawów toksycznych. Ujawniła się ona w ustąpieniu objawów tężyczkowych, przelotnem lepszem samopoczuciu oraz również przemijającej lepszej sprawności nerek. W przypadkach przewężenia górnego odcinka przewodu pokarmowego natury niezłośliwej o powodzeniu leczniczem decydować będzie wczesne rozpoznanie i możliwie wczesne zastosowanie podanych przez nas środków leczniczych.

Piśmiennictwo.

1) Mc.-Vicar: Collected papers of the Mayo Clinic. Tom XVII, r. 1926, str. 63: — 2) Walters: Kilgore and Bollmann. Ibidem, str. 86.

Dr. Farm. M. CHORZELSKA. Wilno.

Kilka uwag nad sztucznemi odżywkami witaminowemi.

Z I-ej Kliniki wewnętrznej U. S. B. w Wilnie.
Kierownik: Prof. Zenon O r ł o w s k i.

Racjonalne odżywianie jest kwestją pierwszorzędnej wagi. Interesują się nią nie tylko uczeni, którzy pragną zdobycze wiedzy przystosować do potrzeb życia, ale i najszersze warstwy społeczeństwa, pragnące zarówno z siebie wydobyć maksimum energji, jak i młodsze pokolenie widzieć zdrowe i silne.

Uważano dawniej, że dla podtrzymania życia potrzebna jest pewna ilość kaloryj — jako źródło energji, których organizmowi dostarczają cukry, tłuszcze, sole mineralne i substancyj białkowych tyle, aby dostarczały 6—7 g azotu dziennie.

Pirquet wprowadził normy pożywienia dla dzieci, wartość których obliczał na t. zw. *„nemy"* (skrót *„nutritionis elementum")*. Jeden „nem" odpowiada wartości 1 cm³ mleka matki (= 0.6 kalorji). Hofmeister mówi o t. zw. „endogenicznych" i „exogenicznych" składnikach pokarmu. Endogenicznemi nazywa te związki chemiczne, które organizm może samodzielnie syntetyzować z prostszych składników, exogenicznemi zaś te, które muszą być dostarczane z zewnątrz w stanie zupełnie gotowym, których sam wytwarzać nie może. Są wprawdzie substancje co do których nie mamy pewności, czy należą do exogenów, czy też do endogenów. Nie wiemy np. czy substancje grupy hematynowej barwików krwi muszą być bezpośrednio wprowadzane do organizmu w stanie gotowym, czy też organizm syntetyzuje je sam. Również nie wiemy do jakiej z wymienionych grup zaliczyć skomplikowane fosfatydy ośrodkowego układu nerwowego.

Do exogenów zaliczyć musimy niektóre aminokwasy. Np. tryptofan musi być dostarczony w stanie gotowym; organizm nie może go syntetyzować z prostszych składników, jakkolwiek jest on niezbędny do życia. Należą tu i inne aminokwasy mniej lub więcej ważne dla organizmu, jak cystyna, lysyna, histydyna, arginina. Tryptofan nie jest pokarmem, nie zapobiega ani chudnięciu, ani spadkowi wagi — zachowuje się jak prawdziwy hormon.

Oprócz wymienionych aminokwasów do grupy tej zaliczamy dziś i owe tajemnicze substancje, które Funk nazwał „witaminami" a inni autorzy — „biosami", albo „życianami", czynnikami dopełniającemi i t. p.

Dostarcza nam witamin częściowo świat zwierzęcy, a przedewszystkiem świat roślinny. Skąd je czerpią rośliny nie jest rzeczą absolutnie pewną. Prawdopodobnie syntetyzują je same z prostszych składników, a w pewnych okresach czerpią je z ziemi, wypracowane przez mikroby (auximone). Jakkolwiek nauka o witaminach jest stosunkowo rzeczą nową (15—16 lat), to jednak istnienie pewnych tajemniczych substancyj w sokach i owocach przewidywano z górą dwa wieki temu (Cramer rok 1720, Bachström r. 1734).

Ile jest witamin i jakie? Istnieje przypuszczenie, że jest kilka typów, które rozłożyć można na prostsze składniki-witaminy. Funk, Bürgi i inni rozróżniają trzy, względnie cztery typy. Jakkolwiek Funk zaznacza, że trudno sobie wyobrazić, aby przyroda ze swą różnorodnością formy, warunków życia i intensywnością przemiany materji ograniczyła się tylko do owych trzech typów. Podział ten (według Bürgi'ego) przedstawia się w sposób następujący:

I *Czynnik A*
1) czynnik wzrostu,
2) czynnik przeciw krzywicy (wit. D, u Funka — witasteryna B),
3) czynnik kseroftalmji.

II *Czynnik B*
1) czynnik wzrostu,
2) czynnik antineurytyczny (przeciw Beri-Beri).

III *Czynnik C przeciwgnilcowy*

IV *(Pod znakiem zapytania, przeciw rumieniowi).*

Przypuszczalnie czynników tych jest znacznie więcej.

Z punktu widzenia chemicznego, jakkolwiek z tej strony witaminy tak mało są jeszcze poznane, dzieli je Funk na witaminy — substancje azotowe, czułe na działanie zasad i witasteryny — substanje bezazotowe, odporne na działanie zasad.

Witaminy:

B — przeciw Beri-Beri,
C — przeciw gnilcowi,
D — wywołująca wzrost drożdży.

Witasteryny:

A — przeciw kseroftalmji,
E — przeciw krzywicy,
F — wywołująca płodność.

Jedynie wit. B. udało się Funkowi wyosobnić z otrąb ryżowych. Zalicza on ją do zasad pyramidynowych, pochodnych kwasów nukleinowych, stanowiących osnowę jądra każdej żywej komórki. Trudność wyeliminowania innych witamin tłumaczy się tem, że są one nadzwyczaj wrażliwe na różne czynniki, zarówno chemiczne jak i fizyczne. Niszczy je wysoka temperatura (dla wit. B — 120—125°, dla wit. C — 60°), suszenie przechowywanie. Wit. C. niszczeje od zetknięcia z tlenem, a nawet nie jest bez wpływu metal, w jakim produkt jest przechowywany (miedź niszczy wit. C. 1).

To też, mimo bardzo wytężonej pracy uczonych w kierunku bliższego poznania witamin, mało o nich wiemy.

Nie jest też skrystalizowana rola, jaką odgrywają w organizmie.

Nie wiemy, czy zachowują się, jak katalizatory, czy biorą udział w skomplikowanych pracach organizmu, czy może są bodźcami i motorami gruczołów zewnętrznego wydzielania i ich sekrecji.

Nie ulega jednak wątpliwości, że brak owych tajemniczych substancyj w codziennem pożywieniu wywołuje ciężkie zaburzenia w całym organizmie, że jest przyczyną takich chorób, jak: Beri-Beri, kseroftalmja, gnilec, krzywica i t. d., zwanych awitaminozami (maladie par carence). Wprawdzie i tu są kwestje sporne. Do niedawna krzywicę u dzieci przypisywano brakowi czynnika A w pożywieniu, dziś pogląd ten uległ pewnym zmianom. Według najnowszych badań nie wchodzi tu w grę witamina A, a czynnik nazwany „Ergosteryną", stanowiący domieszkę cholesteryny w niektórych tłuszczach, grzybach i drożdżach. Zauważono bowiem, że tran zawierający duże ilości witaminy A posiada niezaprzeczone własności przeciwkrzywiczne, ale nie zatraca swego działania nawet po zniszczeniu tego czynnika, natomiast inne substancje również bogate w witaminę A nie posiadają zupełnie tych własności. Ponieważ najaktywniejszą część tranu stanowi substancja niezmydlająca się, składająca się głównie z cholesteryny, przypuszczono, że jej należy przypisać własności lecznicze krzywicy. Dalsze jednak badania zaprzeczyły temu poglądowi. Okazało się bowiem, że sama cholesteryna własności tych nie posiada, natomiast naświetlona lampą kwarcową, staje się aktywną, dzięki domieszce ergosteryny. Szereg olejów roślinnych po naświetlaniu nabiera własności przeciwkrzywicznych. Niektórzy uczeni jak np. M-c Collum i Pitz nie chcą gnilca uznać za awitaminozę. Twierdzą oni, że gnilec jest wywołany intoksykacją organizmu. Tłumaczą oni to zjawisko tem, że pokarm posiada nieodpowiedni stan fizyczny dla danego zwierzęcia, jest źle zhydrolizowany i zaatakowany przez bakterje, wytwarza kwaśną fermentację. W tym wypadku, twierdzą autorzy, objawy chorobowe usunąć można przez zastosowanie środków przeczyszczających. Lumière twierdzi, że Beri-Beri i gnilca wywołać można nietylko przez brak witamin, ale nawet przy ich nadmiarze, o ile ilość ogólnego pożywienia będzie niedostateczna. Lumière 2),3) zarzuca, że niesłusznie pod nazwą witamin uogólniono różnorodne substancje, które ani swoją istotą chemiczną, ani rolą, jaką spełniają w organizmie, nie są zbliżone do siebie.

Nie mniej pewnikiem jest, że pokarm pozbawiony witamin nie jest absolutnie w stanie utrzymać organizmu przy życiu, choćby posiadał pełną normę kaloryj.

Już w r. 1720 lekarz wojskowy Kramer, gdy w armji, w której się znajdował, wybuchła epidemja gnilca zauważył, że żadne środki apteczne nie są w stanie wyleczyć, ani zapobiec tej strasznej chorobie, natomiast zaleca jako najskuteczniejsze środki lecznicze pomarańcze, cytryny i soki owoców.

Podobne spostrzeżenia czyni Bachström. Następnie Eykmann, lekarz szpitala dla zakaźnych w Batawji zauważył, że kury, karmione resztkami wygotowanemi pożywienia, dostają choroby zbliżonej do Beri-Beri u ludzi. Starał się on dociec przyczyny tej choroby. Doszedł w swoich poszukiwaniach, że są to jakieś substancje nieznane, które pod wpływem temperatury 120° zatracają swe własności.

Dalsze prace Hopkinsa, Steppa, Osborna, Mendela, Funka i wielu innych wyświetliły nieco sprawę witamin, jakkolwiek i dziś nie wyszliśmy jeszcze z mroków niewiedzy, zamętu hipotez i przypuszczeń.

Dzięki jednak pracom tych uczonych i niezliczonej ilości doświadczeń nad zwierzętami, poznaliśmy niezastąpioną wartość świeżych produktów pokarmowych, jarzyn i owoców, instynkt ludzki w tym wypadku nie zawiódł. Zarówno w kwestji odżywiania, jak i w lecznictwie zapanował słuszny zwrot ku naturze.

Jakby w przeciwstawieniu się temu prądowi ukazały się na rynkach chemiczno-farmaceutycznych tak zagranicznych jak i krajowych liczne preparaty, zawierające rzekome witaminy w skondensowanej formie, że wspomnę tu „Jemalt", „Hewitan", „Metagen" i naszą krajową „Calcitrinę". Większość tych preparatów,

zgodnie z reklamą, zawiera trzy najważniejsze czynniki A., B. i C.

Wspominaliśmy już o wrażliwości witamin na najprostsze czynniki, jak ogrzewanie, suszenie, przechowywanie, działanie tlenu powietrza, a nawet metalu, w jakim produkty, zawierające witaminy są przechowywane. Jeżeli np. uprzytomnimy sobie, że dla otrzymania sztucznego preparatu, „witaminowego" konieczne są pewne zabiegi czy to chemiczne, czy też fizyczne, to mimowoli więc nasuwa się pewna wątpliwość co do rzeczywistej wartości tych preparatów.

Z inicjatywy p. Prof. Z. Orłowskiego, wychodzącego z tych założeń, przeprowadzałam badanie nad wartością, „witaminową" krajowej odżywki „Calcitriny".

W dostępnych mi czasopismach lekarskich znalazłam tylko jedną pracę w tym kierunku: mianowicie: Dr. Walter Gehlen 4) wykonał w instytucie w Erlangen doświadczenie nad sztuczną odżywką witaminową „Jemalt", reklamowaną jako preparat, zawierający wit. A., B., C. odpowiadający 30% tranu w suchej formie. Teoretycznie odżywka taka powinnaby posiadać własności dość rozległe i zapobiegać krzywicy, gnilcowi, pobudzać rózwój i t. d. Doświadczenie swoje przeprowadził Gehlen na gołębiach i szczurach. Pierwszej partji szczurów dawał on czysty preparat, w ilości 0,1—2 g. Przy dawce 2 g zwierzęta przybrały nieco na wadze jednak po 50 dniach poczynają gwałtownie spadać, wreszcie giną.

Drugiej partji szczurów, które poprzednio doprowadził do stałej wagi, dawał przez trzy tygodnie po 0.2 g „Jemaltu", nie zauważywszy najmniejszego przyrostu wagi. Zwierzęta dostały kseroftalmji, dopiero dodatek tranu czystego w ilości 2— 4 kropel dziennie dał znaczny przyrost wagi i ulgę w chorobie oczu. Zwierząt nie uratowano. Innej partji szczurów dawano 0.05—0.2 g wyciągu eterowego Jemaltu, przy paszy albo zupełnie bezwitaminowej, albo zawierającej witaminę B. Zaobserwowano minimalny przyrost wagi. Mimo to objawy kseroftalmji wystąpiły. W doświadczeniach na gołębiach stosował Gehlen Jemalt profilaktycznie i leczniczo po wystąpieniu Beri-Beri. Okazało się, że własności lecznicze Jemaltu nawet w dużych dawkach, są bardzo nieznaczne, a profilaktycznie, w dawkach do 3 g dziennie, tylko przez krótki czas może Jemalt uchronić od choroby. Ani czysty preparat ani wyciąg eterowy nie zdołały zwierząt utrzymać przy życiu. Konkluduje autor, że Jemalt nie zawiera wit. A, wit. B jest albo w bardzo niewielkiej ilości albo wogóle wątpliwa. Tych efektów, jakie daje tran w dawkach kilku kropel, nie można osiągnąć kilkugramowemi dawkami Jemaltu. Tran więc spreparowany w Jemalcie zatracił swoje chemiczne jak i biologiczne własności. Tylko w przypadku eksperymentalnego gnilca u świnek morskich Jemalt okazał się skuteczny, jednak nie mógł zapobiec gwałtownemu spadkowi wagi.

Przystępując teraz do badania „Calcitriny" Spiessa zajęliśmy się przedewszystkiem chemiczną stroną tej odżywki.

Preparat sporządzony jest — jak głosi reklama — z soku cytrynowego i pomidorowego, w połączeniu z węglanem wapnia, Phosphitem (preparat z Placenta Cannabis), cukrem mlecznym i wanilją dla zapachu, wysuszony w próżni przy 30°.

Wielokrotne badania nasze preparatu, znajdującego się w handlu dały następujące wyniki: jest to biały bezpostaciowy proszek. Smak przyjemny słodkawy, zapach waniljowy, po zakwaszeniu kwasem solnym rozpuszcza się, dając roztwór nieco mętnawy, wydzielając przytem CO_2. Wyciąg eterowy z aparatu Soxletta daje żółtą oleistą pozostałość o zapachu waniljowym. Wyciąg wodny posiada odczyn słabo alkaliczny względem Fenolftaleiny*).

Zawiera anjony CO_3, PO_4 i kwas cytrynowy
Azotu ogólnego (oznaczony metodą Kjehldala) 0.34% — 0.36%
Popiołu 48.7%
Cukru mlecznego 16%
Fosforu (oznaczony metodą Cariusa) — 1.8%
Wilgoci 0.5 — 0.6%

1 gram Calcitriny odpowiada	0.47 gr soku pomidorowego
	0.52 gr soku cytrynowego
	0.99 gr soków łącznie.

Jako wskazanie lecznicze podano: „krzywica, rozmiękczenie kości, skaza krwotoczna, niedorozwój fizyczny, psychiczny lub płciowy, anemja, ogólne osłabienie, wycieńczenie wskutek niedostatecznego odżywiania, gruźlica lub zołzy".

*) Handlowy węglan wapnia reaguje zwykle słabo alkalicznie w Calcitrine przytem, w czasie suszenia część węglanu przechodzi w Ca O. Węglan wapnia wysuszony w próżni przy 40° traci około 1 — 2% na wadze, dzięki utracie częściowej CO_2.

Sądząc jednak z produktów wyjściowych t. j. soku cytrynowego i pomidorowego, wartość witaminowa preparatu przedstawiałaby się w sposób następujący:

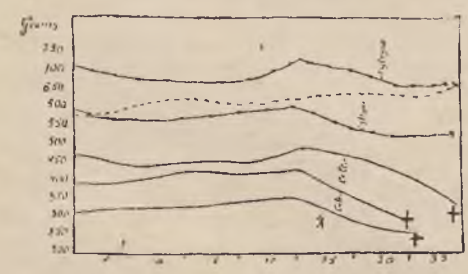
Sok cytrynowy (Osborne - Mendel) witam. A —; B ++; C ++++

Sok pomidorowy (Osborne - Mendel) witam. A ++; B ++; C +++.

Czyli najsilniejsze działanie preparatu powinnoby się wyrazić w kierunku przeciwgnilcowym. W tym sensie przeprowadziliśmy nasze badania.

Do doświadczeń użyto młodych świnek morskich. Wykonano naprzód próbę orjentacyjną nad 20 świnkami. Zastosowano paszę według norm Lelesza, pozbawioną witaminy C (mąka fasolowa gotowana, drożdże, tłuszcz, wapno, sól kuchenna i błonnik), prócz tego suche siano. Na paszy tej świnki żyły 30 — 35 dni. Pierwsze objawy chorobowe są mało uchwytne, później po 22 dniach waga zaczyna spadać dość gwałtownie, zwierzęta są osowiałe, sierść traci połysk, tracą apetyt, zjawia się biegunka. W tym stanie wszelki ratunek jest już spóźniony. Trzydziestego dnia zanotowano pierwsze zejście; pozostałe ratowane bądź Calcitriną bądź też sokiem cytrynowym. Z pośród dziewięciu świnek ratowanych Calcitriną nie udało się utrzymać przy życiu ani jednej. Sokiem cytrynowym uratowano dwie świnki, pozostałym pięciu przedłużono życie o 5 — 10 dni.

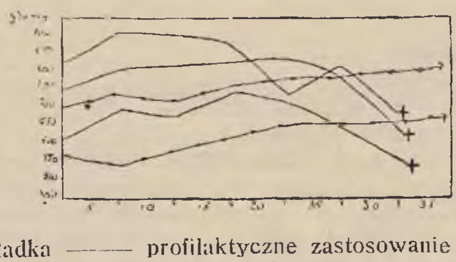
Tablica Nr. I.



Linja przerywana ---- świnki na paszy normalnej;
linja kropokowana .... świnki uratowane cytryną;
linja gładka ——— lecznicze zastosowanie Calcitriny.

Drugą serję doświadczeń przeprowadzono już w kierunku własności profilaktycznych „Calcitriny". Wzięto, jak poprzednio 20 świnek morskich. Otrzymywały one paszę, jak i w pierwszej serji, pozbawioną witaminy C, przyczem podzielono je na dwie grupy. Pierwsza partja otrzymywała dodatek świeżego soku pomidorowego w ilości po 0.5 gr dziennie, druga zaś dodatek Calcitriny po 0.5 gr. Początkowo obydwie grupy reagowały nieco na zmianę paszy. Różnica wybitna zaznaczyła się dopiero po 17 dniach u świnek na pomidorach zanotowano dość znaczny przyrost wagi sięgający 19% wagi początkowej, u świnek na Calcitrinie ubytek wagi dochodził do 10%. Od tej chwili w grupie tej stale notowano spadek wagi dość gwałtowny. Po 27 dniach nastąpiło pierwsze zejście. W przeciągu 5 dni nie pozostała przy życiu ani jedna świnka z tej grupy, podczas gdy zwierzęta na świeżym soku pomidorowym przybierały na wadze i nie zauważono u nich najmniejszych objawów chorobowych.

Tablica Nr. II.



Linja gładka ——— profilaktyczne zastosowanie „Calcitriny";
linja kropkowana ..... profilaktyczne zastosowanie soku pomidorowego.

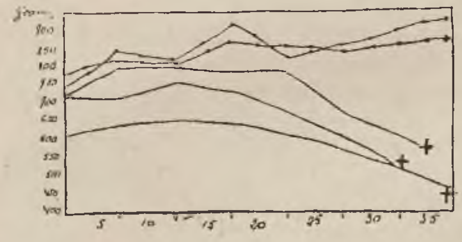
Wynik ogólny sekcji**).

„Sierść bez połysku, w okolicy odbytu i na dalszej części brzucha zanieczyszczenie płynnym kałem. Skóra dookoła odbytu

**) Wszystkie sekcje wykonała p. Dr. H. Kulikowska st. as. zakł. Bakterjologji U. S. B., za co składam Jej najserdeczniejsze podziękowania.

obrzmiała i zaczerwieniona. W tkance podskórnej tłuszczu brak. Pod skórą i w mięśniach, zwłaszcza dolnych kończyn (rzadziej górnych), czasem w okolicy brzucha i klatki piersiowej mniej lub więcej rozległe wylewy krwawe. Śluzówka jamy ustnej, w szczególności dziąsła, blade, żadnych rozpulchnień, owrzodzeń, wybroczyn i t. p. nie znaleziono. Siekacze osadzone mocno, natomiast zęby trzonowe dość łatwo się usuwają zapomocą pincety. Narządy klatki piersiowej od normy nie odbiegają. Po otwarciu jamy

Tablica Nr. III.



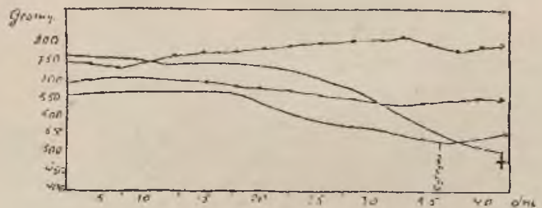
Linja gładka ——— profilaktyczne zastosowanie „Calcitriny“; linja kropkowana ..... profilaktyczne zastosowanie soku pomidorowego.

brzusznej stwierdza się zanik tkanki tłuszczowej, względnie obecność jej w stanie skąpych cytrynowo - żółtych kępek. Wątroba ma brzeg zaostrzony, zabarwiona brunatno (atrophia fusca). Śledziona mała, zcieńczała, ważąca średnio 0.27 gr (normalnie 1.2). Nadnercza duże, żółte. Jelito grube zawiera trochę kałowatej, papkowatej masy. Śluzówka jelita wyraźnych zmian makroskopowych nie wykazuje“.

W trzeciej i czwartej serji doświadczeń, przeprowadzonych również na świnkach morskich, zastosowano paszę, jak w badaniach poprzednich. Jednej grupie dawano świeżo spreparowany i wysuszony w próżni przy 40^0 proszek pomidorowy (1 cz. soku pomidorowego + 1 cz. węglanu wapnia), 1 gr tego proszku odpowiadał 1.35 gr świeżego soku pomidorowego. Druga grupa otrzymywała dodatek proszku cytrynowego, sporządzonego, jak pomidorowy z 1 cz. soku i z 1 cz. węglanu wapnia.

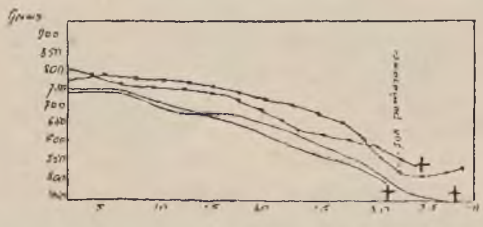
Jeden gram tego proszku odpowiadał 0.9 gr świeżego soku cytrynowego. Przyczem proszek pomidorowy posiadał odczyn alkaliczny, proszek zaś cytrynowy — odczyn kwaśny. Trzecia grupa dla kontroli porównawczej otrzymywała Calcitrinę. Czwarta sok cytrynowy przechowywany dłuższy czas. Dawki w stosunku do 0.5 gr świeżego soku.

Tablica Nr. IV.



Linja gładka ——— profilaktyczne zastosowanie „proszku cytrynowego“ (odcz. kw.);
linja kropkowana ..... profilaktyczne zastosowanie soku cytrynowego.

Tablica Nr. V.



Linja gładka ——— profilaktyczne zastosowanie alkalicznego „proszku pomidorowego“;
linja kropkowana .... profilaktyczne zastosowanie „Calcitriny“.

Najpierwsze zejście zanotowano w grupie zwierząt na Calcitrinie. Świnki na alkalicznym proszku pomidorowym również były bardzo słabe. Po 24 dniach ratowano je sokiem pomarańczowym. Kwaśny proszek cytrynowy okazał się nieco lepszy; świnki na ogół trzymały się lepiej, jednak, pomimo to, nie udało się utrzymać przy życiu zwierząt. Nawet sok cytrynowy czysty, przechowywany jednak kilka tygodni okazał się mniej aktywny, aniżeli sok każdorazowo wyciśnięty z cytryny.

Reasumując otrzymane wyniki skonstatować musimy, że witamina C w „Calcitrine“ całkowicie jest zniszczona, nie leczy, ani też nie zapobiega gnilcowi. Również i czynnik A nie zapobiega zahamowaniu wzrostu. Preparat zatem może mieć i duże wartości jako związek organiczny wapnia i fosforu, wartości jednak witaminowych nie posiada. Jak to już zaznaczono poprzednio, witaminy zbyt są wrażliwe na wszelkie operacje fizyczne i chemiczne, aby aktywność ich w preparatach sztucznych nie uległa zanikowi. Preparaty te, jakkolwiek przy niskiej temperaturze suszone, muszą być jednak poddane tej operacji czasem w ciągu kilku dni. Przechowywane natomiast bywają nieograniczoną ilość czasu. Przyczem same czynniki zewnętrzne jak tlen powietrza może obniżyć lub zniszczyć działanie. Duże znaczenie ma odczyn preparatu. Według Hardena i Zilwy sok pomarańczowy, zalkalizowany N/50 Na OH już po 24 godzinach zatraca swą aktywność. Podobne wyniki otrzymali Hess, Unger, La Mer i inni.

Na podstawie przytoczonych badań musimy przyjść do wniosku, że Calcitrina nie może zastąpić brakujących w pożywieniu witamin i faktycznie nie posiada tych wartości, jakie jej przypisuje reklama.

Czemże więc w takim razie objaśnić dobre wyniki leczenia „Calcitriną“, opublikowane w niektórych czasopismach lekarskich ? 5)

Leży to już w psychologji chorego, lub jego otoczenia, że dopiero z chwilą, gdy lekarz skonstatuje chorobę, zmienia się dotychczasowy tryb życia, chory zaczyna dbać o siebie, lub też domowe otoczenie większą osłania go opieką, otrzymuje lepsze pożywienie i t. d.

Również i dr. Peker 6) przytacza pomyślne wyniki leczenia dzieci „Calcitriną“ na kolonjach letnich w Falenicy. Ale zaznacza przytem, że pożywienie na kolonjach ilościowo, w stosunku do ilości kaloryj, nie różniło się wiele od tego co dzieci otrzymywały w domu, różniło się jednak jakościowo. Na kolonjach dzieci otrzymywały więcej mleka i jarzyn, a mniej mięsa.

Źródłem witamin były tu jarzyny, mleko i jaja, natomiast „Calcitrina“ mogła mieć tylko znaczenie, jako preparat wapniowy.

Tedy źródła witamin szukać należy nie w problematycznych sztucznych odżywkach, a w świeżych produktach naturalnych, zawartych w żywej komórce.

* * *

Niech mi będzie wolno na tem miejscu złożyć podziękowanie Kierownikowi I-szej Kliniki Wewnętrznej U. S. B. p. Prof. Zenonowi Orłowskiemu za inicjatywę tej pracy, kierownictwo i umożliwienie jej wykonania.

Piśmiennictwo.

1) Hess, Alfred F. and Unger: „The destruction of the antiscorbutic vitamine in milk by the catalytic action of minute amounts of copper“. — 2) A. Lumiére: „Quelques considérations sur les vitamines“. L'avenir médical Nr. IV. 1923. — 3) A. Lumiére: „Les vitamines“. L'avenir médical Nr. VII. 1924. — 4) Gehlen: „Zur biologischen Auswertung von Vitamin Präparaten“. Deusche Medizinische Wochenschrift Nr. VIII: 1927. — 5) Stefan Kramsztyk: „Zagadnienia leczenia witaminami u dzieci“. Nowiny Lekarskie. Poznań zesz. 15—16. 1926. — 6) M. Peker: „Obserwacje porównawcze nad działaniem niektórych środków odżywczych na wątłe dzieci“. Warsz. Czas. Lek. zesz. IV. 1927. — 7) S. Popowski: „Nowe badania z dziedziny etjologji krzywicy“. Warsz. Czas. Lek. Nr. 19. 1927. — 8) G. H. Roger: „Vitamines et avitaminoses“. Nouveau Traité de médecine. Fasc. VII. 1921. — 9) Funk: „Die Vitamine“. 1924. München. — 10) Bürgi: „Die Vitamine“: Handbuch der Pharmazie: IV. T. Thoms.

BIBLIOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok V, Nr. 4, z 29 lutego 1928: W. Czarnocki: Patologja układu siateczkowo-śródbłonkowego (dok.). — E. Flatau: O leczeniu zapalenia surowiczego opon mózgowych promieniami Roentgena i płynami hipertonicznemi. — S. Frank: O leczeniu guzów krwawniczych sposobem Bensaudea. — Z. Szymanowski: W sprawie etjologji płonicy (streszcz. zbior.). — L. Justman: O peptonie Wittego w lecznictwie biegunek przewlekłych (dok.). — H. Przyłęcki: O uje-

dnostajnieniu metod bakterjologicznego badania wody. — W. Knappe: Rola lekarza praktyka w zwalczaniu chorób zakaźnych (c. d.). — Z. Bychowski: Włodzimierz Bechtierew.

Nowiny społeczno-lekarskie, rok II, Nr. 6 z 15 marca 1928: A. Karwowski: Rozłam czy zjednoczenie? — D. Hellin: Uwagi do artykułu prof. Jonschera „O etyce lekarskiej". — B. Bartkiewicz: Przyszłość stanu lekarskiego.

Nowiny lekarskie, rok XL, zeszyt 5, z 1 marca 1928: E. Wajs i H. Waserman: O pochodzeniu ciał wewnątrz-ustrojowych, naruszających normalną równowagę kwasowo-zasadową ustroju. I. Zeyland i E. Piasecka-Zeylandowa: Sprawa martwicy wywołanej prątkami Calmette-Guerin (BCG). — M. Szenic: Przypadek jałowego ropnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych (Meningitis aseptica). — T. Kucharski: Patogeneza, symptomatologja i terapja wewnętrzna wrzodu żołądka i dwunastnicy. — A. Kozieradzki: Pamiętnik prowincjonalnego lekarza (c. d.) (wydał A. Wrzosek).

Medycyna, rok II, Nr. 11. z 17 marca 1928: M. Wawrzyńska: Błękit metylenu w pracowni i klinice. — W. Melanowski: Leczenie zaćmy. — H. Lewicki: Teorje i metody odmładzania.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LV, Nr. 12, z 18 marca 1928: B. Koskowski: Destylacja olejków lotnych z roślin krajowych (dok). — Nowe leki. — Sprawy zawodowe.

Przegląd dentystyczny, rok VII, Nr. 8, z sierpnia 1927: S. Dzierzgowski: W sprawie nauczania dentystyki. — Streszczenia. — C. Ruppe: Stosowanie dostawek dentystycznych w przypadkach rozszczepu podniebienia i zajęczej wargi powikłanej. — R. Kronfeld: Traktowanie zębów dziecięcych. — N. Astachoff: Zęby a płeć. — I. Nesson: Szczególne zastosowanie płynu Howego. — G. Ster: Idiosynkrazja do kauczuku. — L. Nowak: Białe złoto. — P. Weinkart: Badanie mechanicznych własności różnych gatunków kauczuku.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok V, Nr. 5, z 15 marca 1928: B. Karbowski: Kiła wrodzona spóźniona ucha wewnętrznego w świetle nowych badań. — T. Kaszubski: O leczeniu żylaków kończyn dolnych. Z. Bychowski: Niezwykłe zaburzenie w dziedzinie ruchu po nagminnem zapaleniu mózgu. — Wł. Sterling Podstawy eksperymentalne i kliniczne biologji seksualnej (streszcz. zbior.). — A. Krasuski: O nowych środkach zastępujących morfinę (Dilaudid. Parakodina, Dikodid). — B. Nowakowski: Rola lekarza klinicysty w programie higjeny pracy.

Higjena ciała i sport, rok IV, Nr. 26, za styczeń—luty 1928: Z. Steusing: Eubiotyka. — W. Janusz: O wzroście karlim. — I. Fritz: O stanowisko lekarza szkolnego. — B. Ziemilski: Nowsze zdobycze nauki o dziedziczności. — M. Betcherówna: Jarstwo a reforma odżywiania. J. Fraenklowa: O prifilaktyce chorób umysłowych. — I. Fels: Nasza odzież. — B. Ziemilski: Odpowiedź w sprawie homeopatji. — Artur Schlossmann w 60-letnią rocznicę urodzin. — I. D-a: Miejskie boiska zabawowe w Ameryce. — A. Sałamańczuk: Miejsca organizmu szczególnie na obrażenie wystawione i ich znaczenie w sporcie. — Cz. Rębowski: Boks w Polsce.

Czasopismo sądowo-lekarskie, rok I, Nr. 1 z r. 1928: L. Wachholz: Medycyna sądowa niegdyś a dziś. — S. Horoszkiewicz: W sprawie szkolenia lekarzy sądowych. — W. Grzywo-Dąbrowski: Projekt organizacji rzeczoznawstwa sądowolekarskiego w Polsce. — Cz. Uhma: Dwa przypadki samoistnego przerwania mięśnia brodawkowego lewej komory serca. — K. Pacewicz: Czy śmierć pani X. nastąpiła wskutek zażycia tłuczonego szkła. — Kazuistyka sądowo-lekarska.

Medycyna, rok II, Nr. 7, z 18 lutego 1928: K. Jonscher: Odżywianie niemowląt zdrowych i chorych. — S. Klejn: Prosta, szybka i pewna metoda barwienia krwi. — E. Weisz: Kiedy i w jaki sposób należy stosować kąpiele przy gośćcu stawowym po przejściu ostrego ataku. — J. Zaorski: Parę słów w sprawie lecznictwa owrzodzeń żołądka i dwunastnicy.

Medycyna, rok II, Nr. 8, z 25 lutego 1928: W. Melanowski: Główniejsze postaci zaćmy (c. d.). — I. Supniewski: Wpływ światła na zaczyny uczulone przez hematoporfirynę. — W. Filiński: O wstrząsie anafilaktycznym. — R. Wierzbicki: Życiorys W. Szokalskiego. — R. Wierzbicki: VI Międzynarodowy Kongres historji medycyny w Leidzie (c. d.).

Medycyna, rok II, Nr. 10, z 10 marca 1928: I. Mossakowski: Z badań nad kwasicą w zakażeniach chirurgicznych. — W. Filiński: Cukrzyca jako choroba następcza po durze brzusznym. — Dworecki: Przyczynek do techniki pobierania materjału do badań bakterjologicznych.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LV, Nr. 13, z 25 marca 1928: F. Miller: Zagadnienie hodowli i zbioru roślin leczniczych w Polsce. — Nowe leki. — Niektóre owoce indyjskie i podzwrotnikowe. Sprawy zawodowe.

Dziecko i matka, rok III, Nr. 6 z r. 1928: Przebiśniegi. — L. Krzemieniecka-Wolicowa: O rozwoju pojęć oderwanych u dzieci w wieku przedszkolnym. — I. Zawirska: Ideały wychowawcze u nas. a w Ameryce. — R. Czekańska-Heymanowa: Przedwiośnie. — W. Prażmowska: Busko. — C.: O surowicach i szczepionkach. — W. Łuniewska: Z wydawnictw. — Z. M.: Dział praktyczny. — Lekcja gimnastyki dla dzieci do lat 7-miu. — Obiady dla dzieci.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo jugosłowiańskie.

Medicinski Pregled.

II. Nr. 7—8. Belgrad - Zagrzeb - Lublana - Sofia.

M. Milanović: *Kiła dorosłych na stole sekcyjnym.*
Vl. Spužić: *Zespół kliniczny w różnych objawach wstrząsu.*
D. Antić, S. Janković, D. Borić: *O cholecystografji.*
Herman: *Przyczynek do rozpoznawania zapalnych guzów jamy brzusznej.*
S. Janković: *Leczenie zapaleń chirurgicznych promieniami X.*
Durst: *Operacja Portes'a.*
Rizmondo: *Sectio caesarea transperitonealis cervicalis.*
L. Thaller: *Znaczenie historji w medycynie.*
G. Kojić: *Psychologja snów.*
Sprawozdania z piśmiennictwa. — Zjazdy. — Nowości.

R. II. Nr. 9.

R. Stanković i A. Savić: *O stałości objawów w zwężeniu mitralnem.*
J. Racić: *Nowe przyczynki do znajomości kamicy pęcherza i nerek w Dalmacji.*
L. Kojen i B. Popović: *Nacięcie poprzeczne pozaotrzewnowe Bazy'ego w chirurgji nerek.*
Grospić: *O wszczepieniu strzałki tej samej strony przy ubytkach kości goleniowej.*
R. Jovanović: *O bąblowcu.*
Vl. Jakovlević: *Leczenie chirurgiczne choroby Basedowa.*
D. Milojević i A. Florescu: *Wahania ciśnienia płynu mózgowo - rdzeniowego i leczenie ich.*
J. Cholewa i K. Mogilnicki: *Walka przeciw rakowi.*
Przegląd piśmiennictwa. — Różne wiadomości. — Nowości.

R. II. Nr. 10.

Pr. Nerklen: *Ostre azotemie.*

E. Prasek i M. Prica: *Studja nad bakterjofagją.*

M. Arnovljević: *Wpływ wody mineralnej Vrnjci na diastazy, w szczególności na amylazę ślinową.*

J. Koprivnik: *O leczeniu chirurgicznem złamań malleolarnych i zwichnięć talo - kruralnych.*

V. Brezovnik: *Wolne ciała wśródstawowe.*

Lj. Vulović: *Wczesny zabieg przy mastoiditis.*

B. Alkalaj: *Przyczyny nawrotów ropni okołomigdałowych i o anginach występujących po tonsillektomji.*

Herlinger: *Ciała obce w górych drogach oddechowych i przełyku.*

B. Banjamin: *O otitis - mastoiditis wywołanej przez streptococcus mucosus.*

J. Körbler: *Badania doświadczalne nad wstrzyknięciem wśródsercowem.*

L. Stanojević: *Wielki lekarz Dubrownicki, Jerzy Baglivi.*
Przegląd piśmiennictwa. — Wiadomości. — Nowości.

Leszczyński (Lwów).

Piśmiennictwo francuskie.

Bulletins de la Soc. de Pédiatrie de Paris.

Nr. 1. Styczeń 1928. (Posiedz. 17. I. 1928).

Choroba Friedreicha: Babonneix i Schekter przedstawiają dziewczynkę 13-letnią, u której rozwinęły się stopniowo od 2 lat zaburzenia chodu, bezwład z dyssymetrją, objaw Romberga, zniesienie odruchów ścięgnistych, oczopląs, stopy posztawo-końskie.

Brat chorej starszy o 2 lata przedstawia zespół tych samych objawów wraz z garbem kręgosłupa. Siostra młodsza wykazuje obniżenie odruchów kolanowych. Mimo braku dziedziczności ma się w przypadkach tych niewątpliwie do czynienia z chorobą Friedreicha.

Wrodzony brak kości łydkowej: Babonneix i Gorostidi przedstawiają rentgenogramy młodego człowieka, który przybył do szpitala Charité z powodu grypy i który wykazuje zniekształcenie kończyny dolnej lewej: skrócenie, chód na palcach, stopę szpotawą końską. Oprócz tego kość piszczelowa w postaci klingi pałasza.

Rodzinna kruchość kości: Apert i Odinet przedstawiają rodzinę, w której ojciec i dwie córki ulegają częstym wielorakim złamaniem kości, mimo braku poważniejszej przyczyny urazowej. Twardówki oczu mają zabarwienie wybitnie błękitne w związku ze ścieńczeniem warstwy tkanki włóknistej, przez którą prześwieca czarny barwik siatkówki.

Liczne zwężenia przełyku: Zuber przedstawia dziecko 19-miesięczne ze zwężeniami przełyku, powstałemi wskutek oparzenia sodą żrącą w czasie wdychania tlenu z granatu w przebiegu kokluszowego zapalenia płuc. Gaz, przygotowany wraz z oksylitem nie był należycie przefiltrowany przez bufor z bawełny i, wydzielając sodę żrącą, oparzył dziecko.

Drgawki wczesnego dzieciństwa a kiła wrodzona: Nobécourt i Lebée donoszą o wynikach długoletniej statystyki, która dowodzi, że 1) na 100 osesków dotkniętych drgawkami, 40—50 jest dzieci kiłowych:

2) na 100 osesków kiłowych 5—6 cierpi na drgawki;

3) kiła wrodzona zajmuje wprawdzie ważne, ale nie główne miejsce w etjologji drgawek wczesnego dzieciństwa.

Zniekształcenie serca wrodzone i zapalenie wsierdzia wrzodziejące na zastawkach dwudzielnej i trójdzielnej. Obserwacja Lereboulleta i Bohna tyczy się 18-mies. dziecka.

Błonica nosa u oseska; trudności rozpoznawcze: Ribadeau-Dumas i J. Chabrun wykazują, że opis postaci utajonej i skrytej błonicy nosa utrudnia różniczkowanie wśród osesków „chorych błoniczych" i zwykłych nosicieli zarazków. Zarazek błoniczy zaszczepia się często na istniejącem uprzednio podłożu niewinnego banalnego nieżytu jamy nosowo-gardłowej. Jeżeli tylko dziecko posiada odporność przeciwbłoniczą naturalną, albo nabytą — przebieg nieżytu noso-gardzieli nie ulega żadnemu przeobrażeniu wskutek zakażenia błoniczego.

Odczyn Schicka daje czasem wskazówki wartościowe, czasem błędne. Bezpośrednie dawkowanie zdolności antytoksycznej surowicy dziecięcej metodą Rohmera jest pewniejsze, ale nie jest proste. Autorowie wypowiadają się za potrzebą stosowania leczniczego surowicy przeciwbłoniczej u każdego dziecka, które w przebiegu nieżytu noso-gardzieli wykazuje obecność laseczników błoniczych w jamie nosowej.

Lereboullet wykonywa systematyczne badanie bakterjologiczne nosa u każdego dziecka wstępującego do szpitala. Zwłaszcza od czasu epidemji błonicy, która od roku panuje w Paryżu, a obecnie wykazuje nasilenie, odkrył on bardzo dużo nosicieli zarazków błoniczych wśród dzieci. Autor nalega na potrzebę stosowania szczepienia ochronnego za pomocą anatoksyny.

Marfan stwierdza około 10% nosicieli zarazków błoniczych wśród dzieci, wstępujących na jego oddział. Niektóre noworodki przechowują laseczniki błonicze od pierwszych dni życia, tak że zachodzić może pytanie, czy zarazki te nie przedostały się na noworodka w czasie porodu, w czasie przejścia płodu przez narządy płciowe macierzyńskie.

Lesné liczy w szpitalu Trousseau 5%—6% nosicieli wśród dzieci nowowstępujących. Ribadeau-Dumas liczy 12% nosicieli wśród nowowstępujących dzieci na oddziale, w czem 2% przypada na chorych na błonicę.

Wysypka guzkowa poprzedzająca ospę wietrzną: Nageotte Wilbouchewitch donosi o przypadku ospy wietrznej, w którym na 2 dni przed pojawieniem się pęcherzyków obserwowała małą grupkę guzków na przedramieniu prawem u dziecka 9-cio letniego. Potwierdza to spostrzeżenie Rosenthala z Moskwy.

Zimnica wrodzona: Alarcon (z Meksyku) donosi o 2 przypadkach wrodzonej zimnicy. U jednego dziecka znaleziono w 40 godzin po urodzeniu *plasmodium vivax*. Dziecko wyzdrowiało. Drugi noworodek zmarł na malarję.

Wielki brzuch z bębnicą u dziecka na tle pitjatyzmu. Eschbach z Bourges przedstawia dziewczynkę 14-letnią, którą operowano mylnie z powodu rzekomego *appendicitis* i którą następnie uważano z powodu wielkiego brzucha za chorą na gruźlicze zapalenie otrzewnej. Obserwacja wykazała, że chodziło o objawy czysto nerwowe, które ustąpiły pod wpływem perswazji.

Pląsawica Sydenhama i nakłucie lędźwiowe: Cassoute (z Marsylji) donosi o wyleczeniu pląsawicy u dziecka przez nakłucie lędźwiowe.

Włodzimierz Mikułowski.

Piśmiennictwo niemieckie.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 8.

Mathies Th. (Eppendorf): *Praktyczne zasady z hodowli prątków gruźliczych metodą Hohn,a.* Autor wnosi, że badanie na prątki tak w plwocinie jakoteż w moczu, w wysiękach, ropie i płynie mózgowo-rdzeniowym zapomocą hodowli jest daleko pewniejsze aniżeli badanie mikroskopowe. Co się tyczy techniki to uprzednie przygotowanie badanej treści kwasem siarkowym jest lepsze aniżeli antyforminą. Pozytywna kultura stanowi dowód, próba zwierzęca nie zawsze. W badaniach autora odpowiadała dodatniej próbie zwierzęcej zawsze dodatnia kultura. Wpływu kw. cytrynowego, cukru i fosforanu sodowego jako też dekstryny w dawkach małych na wzrost prątków gruźliczych nie zauważył. Pomimo tego zdaje się że Ph = 6,2 stanowi najkorzystniejsze warunki rozwoju. Zapomocą hodowli zdołał wykazać dużą rozmaitość szczepów. Leczenie chorych na gruźlicę zapomocą autowakcyny rokuje pełną nadzieję.

Fr. Wohlwill (Hamburg): *Zmiany anatomiczne w mózgu po przedawkowaniu insuliny.* U 2-ch cukrzycowych z objawami mózgowemi po przedawkowaniu insuliny znalazł autor zmiany w komórkach zwojowych o charakterze zmian Nissl'a, a dalej amoeboidosis glеju i swoiste zmiany w nitkach osiowych. Na podstawie badań przeprowadzanych przez autora na zwierzętach, można wnosić, że chodzi tu o zmiany powstające jeszcze za życia a postępujące po śmierci, a przyczyną ich jest alkaloza, jako następstwo niedocukrzenia po insulinie.

Nr. 9.

Wigand-Heitz: *Czynnościowe badanie aparatu śródbłonkowo-siateczkowatego w gruźlicy.* Autorzy wychodzą z założenia, że pod wpływem przewlekłej infekcji gruźliczej nabiera układ siateczkowo-śródbłonkowy swoistych własności, które cechują się zwiększeniem czynności w znaczeniu fagocytarnym. W 23 przypadkach różnych postaci gruźlicy płuc pobierali autorzy naczczo krew z palca i badali na obecność hemokonjów. Następnie podawali dożylnie 2—4 ccm Oleokoniolu (20% zawiesina oliwy) i ponawiali szereg badań krwi jak na początku. Tym sposobem okazało się, że w przypadkach gruźlicy przewlekłej, a więc łagodniejszej można było zauważyć bardzo szybkie znikanie hemokonjów. W ciężkich przypadkach hemokonją w dużej ilości można było stwierdzić przez czas kilku godzin. Wynika stąd wniosek że układ siateczkowo-śródbłonkowy posiada zdolność wychwytywania Oleokonjolu w jednych przypadkach szybciej w drugich powoli. Zależności tego wchłaniania dopatrują się autorzy za Dietrichem „w uczuleniu" tego układu przez przewlekłe drażnienie go injekcją gruźliczą.

Z. Tomanek (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie z dnia 23 listopada 1927 r.

Przewodniczący. Prezes Prof. Latkowski.

Obecnych 180.

Prezes Prof. Latkowski wita przybyłego z Warszawy prelegenta Dra Hirschfelda.

Dr. Hirschfeld wygłasza odczyt p. t.: *„O grupach krwi w biologji i medycynie"*.

W dyskusji zabierają głos: Prof. Olbrycht, który podkreśla znaczenie jakie ma dla medycyny sądowej oznaczanie grup krwi. Omawia następnie zagadnienie izoaglutynacji w medycynie sądowej. Badanie grup krwi jako dowód sądowy jest dopuszczalny obecnie w sądach lecz jeszcze nie jest ustawowo ustanowione.

Prof. Olbrycht przedstawia sposób postępowania w tych wypadkach, w których oznaczenie grup krwi może się okazać potrzebne. Wnioski, które można wysnuć z tej metody są natury negatywnej. W przypadkach z własnej praktyki odpowiedzi wynikłe z badań grup krwi nie były pewne. Prof Olbrycht nadmienia, że obecnie opracowuje materjał przestępców pod względem grup krwi; badań w tym kierunku nie ukończył jeszcze dlatego nie może przedstawić ostatecznych wniosków.

Prof. Wachholz stwierdza, że wartość prób z zakresu grup krwi polega na tem, że można powiedzieć, że ktoś nie jest ojcem. Przytacza odpowiedni przykład. Badania te mają znaczenie nie tylko dla kwestji ojcostwa. Niekiedy takie sprawy jak słynny swego czasu proces Kwileckich z którego niektóre szczegóły prelegent podkreśla mogą być wdzięcznym materjałem dla badań grup krwi. Wspomina o sposobach antropologicznych jakich używa obecnie medycyna sądowa. W dalszym ciągu zabiera głos Dr. Hirschfeld.

Dr. Schwarzbart przedstawia 3 przypadki: Przypadek 1: nagła utrata słuchu obustronna na tle nie wyjaśnionem. Przypadek 2 *labyrintitis acuta in diabetico*. Przypadek 3 *atresia choanarum congenita bilateralis*.

Posiedzenie z dnia 30 listopada 1927 r.

Przewodniczący: Prezes Prof. Latkowski.

Obecnych 70.

Prezes zgłasza imieniem Wydziału Twa Lekarskiego kandydaturę Prof. Wachholza na członka honorowego a następnie odczytuje listę członków proponowanych przez Wydział do Komisji matki. Listę przyjęto, na przewodniczącego komisji matki wybrano Dra Wojciechowskiego.

Demonstracje II Kliniki wewn.: Kol. Szczeklik przedstawia przypadek *degeneratio policystica renum;* oględziny pośmiertne potwierdziły rozpoznanie kliniczne. Omawia przebieg choroby, rozpoznanie różniczkowe, a następnie demonstrując preparaty anatomiczne nerek z tego przypadku omawia anatomję patologiczną tego schorzenia.

Prof. Latkowski przedstawia 2 przypadki niedokrewności złośliwej leczonej skutecznie wątrobą. Przypadek 1: chory lat 53, u którego choroba rozpoczęła się przed rokiem, leczony uprzednio transfuzją krwi ze złym skutkiem zgłosił się na klinikę wewn. gdzie stwierdzono wszystkie objawy niedokrewności złośliwej. W dniu badania wątroby ilość ciałek czerwonych wynosiła 1,344.000, Hb — 25%, I — 1,04, ciałek białych było 3,080. W miarę podawania wątroby stan podmiotowy chorego wybitnie się poprawił a w 3 tygodnie później liczba ciałek czerwonych doszła do 2,400.000 Hb — 52% i 1,1 ciałek białych 5,100, bilirubinemja zmniejszyła się podobnie urobilinogenurja. Przypadek 2, mężczyzna lat 45, u którego choroba rozpoczęła się przed rokiem leczony z początkiem na tutejszej klinice z dobrym skutkiem zgłasza się przed miesiącem z powrotem do kliniki, gdzie stwierdziwszy wszystkie objawy niedokrewności złośliwej podano choremu wątrobę. W ciągu miesiąca ilość ciałek czerwonych wzrosła z 984,000 na 3,776.000 Hb z 27 na 72%, wskaźnik spadł z 1,3 na 1,0 ciałka białe wzrosły z 3,950 na 4,150. Bilirubinerja spadła z 4-ch jednostek v. d. Bergh'a na 1½ jednostki, cholesteryna surowicy wzrosła 0,025% na 0,2%. Stan podmiotowy doskonały. Achylia gastrica nie uległa zmianie. Następnie omawia prelegent sposób podawania wątroby. Przedstawieni chorzy pobierali od 200—250 g wątroby dziennie przy ograniczeniu tłuszczów i węglowodanów. Whipple był pierwszym, który w r. 1925 stwierdził doświadczalnie dodatni wpływ spożywanej wątroby w niedokrewności, zaś Minet i Murphy wprowadzili w r. następnym wątrobę do lecznictwa klinicznego. Ogłoszone przez powyższych autorów przed miesiącem 135 przypadków niedokrewności złośliwej leczonej wątrobą wykazuje poprawę stanu chorobowego prawie we wszystkich przypadkach. Poprawa ta dotyczyła zarówno ilości ciałek czerwonych, które wracały prawie do normy (wyżej 4,000.000 ciałek czerwonych) Hb. wskaźnika jakoteż odnosiła się również do wszystkich innych objawów niedokrewności złośliwej za wyjątkiem achylii żołądkowej i objawów tyczących systemu nerwowego. Za Minotem i Murphym ogłosili równie pomyślne wyniki autorowie francyscy: Aiteff, Loevy, Rathery, Maximin, angielscy Lovell, Gulland, Lencope, niemieccy Brandeiburg, Schottmüller, Rosenov, Pal, Jagić i t. d. Ostatnio Cohn i West uzyskali frakcję z wątroby, która działa tak samo jak podawana wątroba.

W dyskusji zabierali głos: Prof. Gieszczykiewicz, Prof. Latkowski.

Odczyt Dra Siedleckiego p. t.: *„Zmiany w przemianie spoczynkowej pod wpływem środków farmakologicznych"*.

W dyskusji zabierają głos Kol. Kaulbersz, który wspomina o regulacji temperatury na drodze płynów a następnie o wpływie temperatury na zagęszczanie krwi. Kol. Szczeklik nadmienia o spostrzeganiu w klinice objawu zagęszczenia krwi przebiegającego z hipotermją przy śpiączkach cukrzyczych i uremicznych.

Posiedzenie z dnia 7 grudnia 1927 r.

Przewodniczący: Prezes Prof. Latkowski.

Obecnych 71 członków.

Dokonano wyboru Prof. Wachholza na członka honorowego przez aklamację.

Demonstracje: Dr. Sikorska przedstawia przypadek guza mózgu rozpoznanego za życia i przesłanego do zabiegu operacyjnego.

Następnie Doc. Dr. Glatzel omawia przebieg operacyjny tego przypadku i sposób leczenia guzów mózgu. Zastanawia się nad rozpoznaniem guzów w mózgu z punktu widzenia chirurgicznego.

W dyskusji zabierają głos: Kol. Wielski, który podkreśla, że leczenie mięsaków promieniami Roengena należy dzisiaj raczej do rentgenologa niż do chirurga; leczenie to daje dobre wyniki. Doc. Glatzel: Roentgen ma znaczenie paliatywne; wynik zaś paliatywny jest nieszczęściem dla chorego, gdyż opóźnia operację. W dalszym ciągu zabierają głos Kol. Wielski, Zieliński Sikorska, Glatzel.

Kol. Reis przedstawia przypadek *dermatitis herpetiformis During*.

W dyskusji zabiera głos: Prof. Latkowski, który zapytuje, czy w tej chorobie niema zmian w systemie nerwowym. Prof. Walter w odpowiedzi podaje, że w systemie nerwowym zmian nie stwierdza się, natomiast w przypadkach tych daje się wyhodować łańcuszkowce. Prof. Latkowski zauważa, że eozynofilja spotykana w tych przypadkach przemawia przeciw etjologji streptokokowej.

Prof. Latkowski przedstawia 2 przypadki nacieku podobojczykowego jako przykład niezwykłego rozwoju gruźlicy, jakoteż przypadek nacieku kolateralnego szczytowego u chorego lat 18, który rozpoczął się nagle pod postacią ostrej choroby gorączkowej bez żadnych objawów podmiotowych płucnych. Omawia na podstawie piśmiennictwa znaczenie tego rodzaju przypadków.

Kol. Siedlecki przedstawia przypadek *empyema vesicae felleae* ze względu na trudności rozpoznawcze. Dokładne badanie kliniczne za pomocą wycięcia jelita grubego i badanie rentgenologiczne ustaliło rozpoznanie.

Posiedzenie z dnia 14 grudnia 1927 r.

Przewodniczący: Prezes Prof. Latkowski.

Obecnych 45.

Wybór zarządu na rok 1927: Propozycję przewodniczącego komisji matki przyjęto i wybrano następujący zarząd przez aklamację: na 1 rok prezes prof. Dr. J. Latkowski, wiceprezes: Dr. Jan Landau st., sekretarz doroczny: Dr. E. Szczeklik; 11 członków komisji redakcyjnej: Dr. Blassberg, Doc. Bujak, Prof. Ciechanowski, Dr. Maciąg, Prof. Majewski, Prof. Olbrycht, Prof. Piltz, Prof. Rosner, prof. Rutkowski, Dr. Strzemieński, Dr. Wojciechowski. 2-ch delegatów do rady zawiadowczej T. Gal. Lek.: Prof. Lenartowicz, Prof. Nowicki: 10 delegatów na Walne Zgr. T. L. Gal.: Doc. Artwiński, Dr. Blassberg, Prof. Ciechanowski, Dr. Fuchs, Dr. Glassner, Dr. Jankowski, Prof. Majewski, prof. Olbrycht, Dr. Strzemieński, Dr. Surzycki; 2 członków kontrolujących Krak. Tow. Lek.: Dr. Z. Wachtel, Dr. Piotrowski. Na 3 lata: Sekretarz stały: Prof. Gieszczykiewicz, bibljotekarz: Dr. Spira jun., gospodarz: Doc. Seńkowski.

Prezes Prof. Latkowski dziękuje za ponowny wybór i uprasza Kolegów Członków Twa o współpracę w roku przyszłym.

Demonstracje: Dr. Wielski przedstawia przypadek: *Lymphosarcoma mediastini* olbrzymich rozmiarów, z przerzutami w gruczołach nadobojczykowych i naciekiem nowotworowym w ścianie klatki piersiowej. Zarówno nowotwór, jak i przerzuty znikły całkowicie po 7 naświetlaniach rentgenicznych. Prelegent pokazuje zdjęcia przed i po leczeniu.

W dyskusji zabierają głos: Kol. R. Landau, który przytacza przypadek nowotworu śródpiersia spostrzeganego w swej praktyce leczonego również ze skutkiem pomyślnym. Kol. Wojciechowski kwestionuje rozpoznanie tych przypadków nowotworu śródpiersia, które nie były badane histologicznie. Kol. Szczeklik podnosi znaczenie badania histologicznego w tych przypadkach, gdyż rozpoznawanie nowotworu śródpiersia jedynie na podstawie klinicznej nie jest zupełnie pewne. Doc. Szymanowicz podkreśla, że badanie histologiczne nie zawsze jest w stanie dać należytą odpowiedź. W dalszej dyskusji zabierają głos: Kol. Ściesiński, Szczeklik, Wielski.

Dr. Wielski odpowiada, że nie należy się upierać przy żądaniu próbnego wycięcia, skoro się wie, że może ono być zgubne dla chorego.

Autorzy niemieccy ostrzegają przed tem, ponieważ wielokrotne obserwacje wykazały, że po takiem próbnem wycięciu nowotwór, jak się wyrażają, „dziczeje", t. j. rozrasta się gwałtownie i wywołuje w odległych narządach przerzuty, które prędko kładą kres życiu chorego. Należy więc zadowolnić się innemi wskazówkami, jak rozpoznaniem klinicznem, zupełną niewrażliwością na promienie guzów kiłowych, wynikiem badania krwi przy ziarnicy złośliwej itd. Zresztą i badanie histologiczne też ostatecznie nie może decydować, gdyż, jak to wykazały doświadczenia Kreckego, badania histologiczne, przeprowadzane w kilku, pierwszorzędnych zakładach w Monachjum, nieraz różne dawały wyniki. Znaną wreszcie jest powszechnie wielka wrażliwość sarkomatów na promienie Roentgena, którą możemy wprost posługiwać się, jako środkiem różniczkowo diagnostycznym, jak to czynią ginekolodzy niemieccy w przypadkach guzów macicy. O ile guz taki znika szybko np. w ciągu 2 do 3 tygodni, to uważają go za guz sarkomatyczny: o ile powoli, za guz włókniakowy. A z wycięcia próbnego rezygnują zupełnie, pomni, że w razie obecności guza sarkomatycznego ryzykują po wycięciu próbnem życie chorej.

Kol. Szczeklik przedstawia przypadek rozszerzenia przełyku na tle istniejącego skurczu wpustu, w którym to przypadku zgłębnikowanie wpustu i leczenie ogólne poprawiło znacznie stan chorego.

W dyskusji zabierają głos Kol. Wojciechowski, Wielski, Prof. Latkowski i Kol. Szczeklik.

Odczyt Dra Blassberga i p. Cohena p. t.: *O wykonywaniu masażu przez ślepych.*

Następnie Dr. Blassberg stawia następującą rezolucję: Krak. Two Lek. na posiedzeniu w dniu 14 grudnia 1927 po wysłuchaniu referatu Dra Blassberga z Krakowa i p. Cohena z Londynu aprobuje i zaleca utworzenie odpowiedniej centralnej organizacji ślepych masażystów obojga płci na wzór podobnej organizacji angielskiej i przyrzeka swoje poparcie.

W dyskusji zabierają głos: Prof. Majewski, który wita z uznaniem inicjatywę Dra Blassberga i p. Cohena. Ludzie ślepi nie powinni żebrać a zatrudnienie ślepych masażem jest b. korzystne. Prof. Majewski zapytuje jacy ślepi nadają się najlepiej na masażystów i czy do wykonywania masażu nie potrzeba jednak trochę wzroku. Kol. Epstein zaznacza, że już w 1918 r. proponował stosowanie masażu przez ślepych inwalidów jednak projekt ten nie przyjął się. Kol. Epstein nie zgadza się ze zdaniem Kol. Blassberga, by ślepi masażyści posiadali wyższość nad nie ślepymi. Jest zdania, że w praktyce prywatnej ślepi masażyści nie utrzymają się, ze względu na silną konkurencję. Kol. Blassberg w odpowiedzi Prof. Majewskiemu stwierdza, że głównie półciemni wchodzą tutaj w rachubę. Przemawia za stworzeniem szkoły masażystów; sprawą powyższą powinno się zająć Państwo i organizować instytucję centralną dla masażu. W dalszej dyskusji zabierają głos: Kol. Szwarzbart i Prof. Latkowski, który pochwala myśl rzuconą przez Dra Blassberga. Rezolucję postawioną przez Dra Blassberga uchwalono.

Sekretarz: *E. Szczeklik.*

Kaliskie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół uroczystego posiedzenia z okazji 50-letn. jubileuszu istnienia w dn. 4. XII. 1927 r. w sali recepcyjnej ratusza.

Posiedzenie rozpoczęto o godz. 5-tej po południu w obecności około 100 osób, w tem 25 członków rzeczywistych miejscowych, 18 lekarzy gości, przybyłych z sąsiednich powiatów Ziemi Kaliskiej, Dr. Seweryn Sterling z Łodzi, Naczelnik Wydziału Zdrowia przy Województwie Łódzkiem Dr. Stanisław Skalski oraz liczne grono przedstawicieli władz, instytucyj i społeczeństwa Kaliskiego.

Za stołem prezydjalnym zasiedli: Dr. Koszutski prezes Towarzystwa, Dr. E. Beatus wice-prezes i Dr. Sulikowski sekretarz.

Prezes Towarzystwa Dr. Koszutski, powitawszy gości i zebranych, w dłuższem przemówieniu streścił genezę Towarzystwa i podkreślił jego znaczenie dla pracujących w ciężkich warunkach naukowych lekarzy prowincjonalnych, poczem udzielił głosu Naczelnikowi Wydziału Zdrowia przy Województwie Łódzkiem Drowi Skalskiemu, który w imieniu Naczelnika Depart. Zdrowia Dra Piestrzyńskego oraz w imieniu wojewody Jaszczorka i własnem złożył życzenia Towarzystwu Lekarskiemu Kaliskiemu. W imieniu Rady Miejskiej przemawiał jej prezes p. rejent Bzowski, w imieniu Towarzystwa Hygjenicznego oddz. w Kaliszu przemawiał Dr. Zboromirski, a w im. Tow. Przeciwgruźliczego oddział w Kaliszu Dr. Krzymuski.

Depesze gratulacyjne nadesłali: Dr. Piestrzyński z Warszawy, Naczelna Izba Lekarska w Warszawie, Zarząd Izby Lekarskiej Łódzkiej, Dr. Kasprzak z Kępna, Dr. Chodakowski z Warszawy, Tow. Lekarskie Częstochowskie, Towarzystwo Lekarzy w Łodzi, Lekarze w Zduńskiej Woli i Dr. wet. Fedecki.

Sekretarz Towarzystwa Dr. Sulikowski odczytał dzieje Towarzystwa Lekarskiego Kaliskiego, po czem przewodniczący, wspominając pamięć zmarłych założycieli i członków Towarzystwa, zaproponował uczczenie Ich przez powstanie.

Z okazji 50-letniego jubileuszu Towarzystwa Lekarskiego Kaliskiego mianowano Członkami Honorowymi Towarzystwa: prof. Antoniego Gluzińskiego, prof. Dra Bronisława Sawickiego i prof. Dra Henryka Nusbauma z Warszawy; prof. Kazimierza Kostaneckiego i prof. Dra Stanisława Ciechanowskiego z Krakowa, prof. Dra Adama Wrzoska z Poznania, obecnego na uroczystości Dra Seweryna Sterlinga z Łodzi oraz Prezesa Towarzystwa Dra Bronisława Koszutskiego.

Następnie wygłoszone zostały referaty:

1) Dr. Czajkowski z Kalisza: *O rozwoju medycyny w ostatniem 50-cioleciu.*

2) Honorowy członek Towarzystwa Dr. Seweryn Sterling z Łodzi: *Nieswoiste objawy pozapłucne w przebiegu suchot.*

3) Dr. Müller z Kalisza: *O otyłości.*

Podziękowaniem obecnych za uświetnienie tej uroczystości prezes Dr. Koszutski zamknął posiedzenie.

Wspólna fotografja na sali oraz wspólna koleżeńska biesiada w Hotelu Europejskim zakończyły uroczystość obchodu 50-lecia Kaliskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Sekretarz: *Sulikowski.* Prezes: *Koszutski.*

Lubelskie Towarzystwo lekarskie.

Roczne posiedzenie dn. 4. I. 1928 r.

Porządek dzienny:

1) Odczytanie protokołu poprzedniego zebrania.

2) Sprawozdanie Zarządu z działalności T-wa za rok 1927.

3) Sprawozdanie bibliotekarza z czynności biblioteki za rok 1927.

4) Sprawozdanie roczne Komisji biblioteczno - odczytowej.

5) Sprawozdanie roczne z Pracowni Anatomo - Patologicznej przy Lub. T-wie Lekarskiem.

6) Sprawozdanie rachunkowe T-wa i Pracowni Anatomo - Patologicznej za rok 1927, preliminarz budżetowy na rok 1928.

7) Odczytanie protokołu Komisji rewizyjnej.

8) Wybory członków Zarządu i Komisji rewizyjnej na r. 1928.

Protokoły, sprawozdania i preliminarz budżetowy na r. 1928 przyjęto.

Na wniosek Zarządu wybrano na członków honorowych Lub. T-wa Lek. Dra Władysława Wrześniowskiego i Dra Karola Rożkowskiego z Częstochowy, oraz Dra Stanisława Sitkowskiego z Radzynia.

Do Zarządu Towarzystwa wybrano:

Kol. W. Drożdża na przewodniczącego, Kol. Cz. Kujawskiego na zastępcę przewodnicącego, Kol. Morozową na sekretarza, Kol. A. Brzezińskiego na skarbnika, Kol. J. Anasiewicza na bibliotekarza, Kol. C. Chromińskiego na zastępcę sekretarza, do Komisji rewizyjnej Kol. T. Kożuchowskiego, T. Stano i A. Lerhama, do Komisji biblioteczno - odczytowej Kol. Garbaczewskiego, Jaczewskiego i Jaworskiego.

Posiedzenie z dnia 18. I. 1928 r.

1. Kol. K. Śląski przedstawia przypadek nagminnego zapalenia opon mózgowo - rdzeniowych, leczony dokomorowemi injekcjami surowicy. Dziecko 8-miesięczne początkowo leczone było surowicą stosowaną nardzeniowo, jednak bez wyraźnego efektu; po zastosowaniu dokomorowem surowicy nastąpiła wyraźna poprawa, obecnie (w 2 tygodnie po przybyciu do szpitala) po 3 injekcjach dokomorowych, stan dziecka jest zupełnie dobry — poza zwiększeniem się obwodu głowy o 0,5 cm nie stwierdza się żadnych zmian.

2. Kol. T. Kożuchowski przedstawia preparaty operacyjne: 1) *kamień nerkowy wagi 850 gr* wyjęty wraz z nerką, otaczającą kamień i zcieńczałą do tego stopnia, że szerokość miąższu wynosi zaledwie 0,5 cm. Chory miał lat 68, podawał, że zachorował przed 3 tygodniami — przy badaniu wyczuwało się w okolicy nerki lewej guz wielkości 2 pięści, twardy, nieco ruchomy, można też było wyczuć ocieranie się o siebie poszczególnych części guza, co pochodziło stąd, że oprócz dużego kamienia znajdowały

się w miedniczce nerkowej dwa kamienie małe. 2) *Skrzep wyjęty z tętnicy udowej.* U chorego, lat około 60, cierpiącego na wadę serca, wystąpiły nagle objawy zaczopowania tętnicy udowej: oziębienie i bezwład $^2/_3$ dolnych uda, oraz podudzia i stopy. Przystąpiono do zabiegu i znaleziono w tętnicy udowej w miejscu odejścia t. głębokiej uda, skrzep długości 23 cm. Po zabiegu kończyna stała się ciepłą, jednak po kilku dniach powróciły te same objawy. Chory zmarł z powodu niedomogi serca.

3. Kol. Rosen omawia przypadek *martwicy tłuszczowej trzustki.* Chory l. 50 przybył do szpitala z objawami budzącemi podejrzenie w kierunku niedrożności jelit.. Objawy te naprzemian to słabły, to nasilały się, wreszcie, gdy w ciągu 3-ciej doby wystąpiły wymioty kałowe, oraz brak stolca i wiatrów, przystąpiono do laparotomji, przyczem okazało się, że cała sieć i krezka usiane były drobnemi szarawemi plamkami. Zabieg musiano zakończyć niedostawszy się do trzustki z powodu złego stanu chorego, który zmarł wkrótce po zabiegu. Sekcji nie można było wykonać.

4. Kol. W. Drożdż wygłasza referat: *„O porażeniu dziecięcem rdzeniowem"*. Przytoczywszy historyczne dane i wspomniawszy o ostatniej epidemji choroby Heine - Medina, omawia sposoby szerzenia się, epidemjologję, postacie kliniczne, wiadomości bakterjologiczne i leczenie, zatrzymując się dłużej na seroterapji i metodzie Bordier'a leczenia porażenia dziecięcego. Pozatem omawia profilaktykę choroby i wspomina o Zjeździe pedjatrów w Lozannie w 1926 r. który był poświęcony powyższej chorobie. Wobec możliwości wybuchu epidemji i u nas, prelegent uważa za wskazane pomyśleć o zdobyciu surowicy i zastosowaniu metody leczniczej Bordier'a w razie wybuchu epidemji. Referat wywołał ożywioną dyskusję na temat rozpoznania różniczkowego i sposobów leczenia choroby Heine - Medina.

Morozowa (sekretarz).

HYGJENA I WYCHOWANIE FIZYCZNE.

Międzynarodowy Kongres Lekarski dla wychowania fizycznego i sportu.

Na zaproszenie Szwajcarskiego Komitetu Olimpijskiego i z inicjatywy Komisji lekarskiej powstałej na Kongresie Olimpijskim w Pradze w roku 1925 (Dr. Knoll, Szwajcarja, Dr. Dybowski, Polska. Dr. Mallwitz, Niemcy), odbył się w St. Moritz z okazji 2-ch Zimowych Igrzysk Olimpijskich Zjazd lekarzy sportowych, reprezentujących 14 narodowości. Przewodniczył Dr. Knoll, Arosa, Szwajcarja; Pułkownik Müllv reprezentował Szwajcarską Radę Związkową — Polskę Dr. Dybowski, delegat Państwowego Urzędu Wychowania Fizycznego i Dr. Mazurek, lekarz ekspedycji Olimpijskiej.

Kongres postanowił jednomyślnie stworzyć Międzynarodowy Związek Lekarski dla Wychowania Fizycznego i Sportu, w skład którego wchodzą obecnie reprezentanci 14 państw. Zarząd składa się: Przewodniczący: Dr. Knoll (Szwajcarja), generalny sekretarz Dr. Mallwitz (Niemcy); członkowie: Latarget (Francja). Hill (Anglja), Brown (Ameryka) i Buytendyk (Holandja).

Szczególnie ważnem postanowieniem powziętem przez Kongres jest zasada współpracy z Komitetami Olimpijskimi, z Organizacjami robotniczemi, gimnastycznemi i sportowemi. Towarzystwami pedagogicznemi, psychologicznemi i socjologicznemi, jak również z Komisją Higjeny Ligi Narodów.

Przygotowanie lekarskiego Kongresu Międzynarodowego dla Wychowania Fizycznego i Sportu w dniach 2 do 5-go sierpnia 1928 r. w Amsterdamie powierzono Komitetowi Wykonawczemu w skład którego wchodzą: Przewodniczący E. Buytendyk (Holandja), sekretarz M. Reys (Holandja); członkowie: Brown (Ameryka) Dybowski (Polska), Hill (Szwajcarja), Latarget (Francja) i Schnell (Niemcy).

Pierwsze posiedzenie odbył Komitet Wykonawczy w St. Moritz dnia 15 lutego b. r. Ustalono nazwę Kongresu i termin 2 do 5-go sierpnia b. r. w Amsterdamie. Dopuszczone będą języki: francuski, angielski i niemiecki; zapotrzebowanie pieniężne 10.000 guldenów holenderskch, z czego 5.000 zostało już pokryte darami. Znaczna część kosztów pochłonie druk sprawozdań. Postanowiono zwrócić się do Doktora Reichmanna, Dyrektora Biura Kongresu Higjeny Ligi Narodów, celem uzyskania ogłoszenia wyników Kongresu w biuletynie Ligi w 3-ch językach; postanowiono zarezerwować miejsce w Komitecie Wykonawczym dla reprezentanta Komisji Higjeny Ligi Narodów.

Ilość zaproszonych osób wyniesie około 300. Przewodniczący Dr. Buytendyk spodziewa się uzyskanie dla nich znacznych pod względem kosztów pobytu ulg.

Zaproszenia będą w każdem państwie regulowane przez reprezentanta tego państwa w Międzynarodowym związku, który przedłoży listę osób otrzymujących zaproszenie. Zaproszenia obejmują także delegata Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wojskowych każdego Państwa. Poza lekarzami zostaną zaproszeni także pedagodzy i socjolodzy.

Jako przedmiot dyskusji proponuje się trzy tematy główne (2 lekarskie, 1 ogólny).

1) Ujednostajnienie kontrolnego badania lekarskiego,

2) Rytm serca i sport,

3) Jakie miejsce zajmować powinno Wychowanie Fizyczne w programie nauczania niższego, średniego i wyższego dla obu płci.

Dla tematu pierwszego przewiduje się jako referenta Dra Liocq'a (Belgja), dla drugiego Merklen'a (Paryż), Branwalla (Manchester) Herxheimera (Niemcy).

Pozatem podawane będą do wiadomości ogólnej krótkie komunikaty o najnowszych pracach na polu wychowania fizycznego i sportu.

Z Kongresem tym łączyć się będą badania uczestników Olimpjady, przeprowadzone przez szereg najwybitniejszych fizjologów świata, w specjalnie dostosowanych ubikacjach w olimpijskim i starym stadjonie w Amsterdamie. Urządzenia fizjologiczne częściowo pochodzić będą z Instytutów holenderskich, częściowo zaś przywiozą je badający. Dziś jest już wiadome że największe powagi tego działu medycyny zademonstrują w Amsterdamie po raz pierwszy nowe przyrządy o niewidzianej dotąd doskonałości.

W. Dybowski.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Lwów.

Zmiana terminu II Zjazdu Mikrobiologów i Epidemjolów Polskich. Z powodu Zjazdu lekarzy słowiańskich w Pradze, mającego się odbyć w czasie Zielonych Świąt b. r., Komitet organizacyjny uchwalił przełożyć termin II Zjazdu Mikr. i Epid. Polskich. Zjazd ten odbędzie się *we Lwowie, dnia 2 i 3 listopada b. r.*, bezpośrednio po Zjeździe Higjenistów. Tematy główne pozostają bez zmiany, tematy zwykłe uprasza się zgłaszać najpóźniej do połowy września na ręce sekretarza generalnego Dr. St. Legeżyńskiego, Lwów, Kochanowskiego 63.

Związek Lekarzy Państwa Polskiego, obwód Lwów. Walne Zgromadzenie Obwodu Lwowskiego Z. L. P. P. odbyło się dnia 24 marca o godzinie 18 w sali Polikliniki przy ul. Lindego 5, I p., z następującym porządkiem dziennym: 1) Zagajenie. 2) Sprawozdanie sekretarza. 3) Sprawozdanie skarbnika i komisji rewizyjnej. 4) Wybór Zarządu, Komisji rewizyjnej i delegatów na zgromadzenie Okręgu. 5) Wnioski i interpelacje.

Ze świata.

X Karlovarski Międzynarodowy Kurs Lekarski ze specjalnem uwzględnieniem Balneologji i Balneoterapji. Tegoroczny Kurs Lekarski odbywać się będzie w czasie od 23 do 29 września w Karlowych Varach. Do wzięcia w nim udziału są upoważnieni lekarze i ich najbliższa rodzina za biletami udziału albo zaproszeniami. Przy towarzyskich imprezach sa posiadacze tych kart gośćmi miasta. Studenci medycyny mają na odczyty wstęp bezpłatny. Uczestnikom zagranicznym i towarzyszącym im osobom udziela czeskosłowackie Ministerstwo Kolei od granicy Republiki Czeskosłowackiej do Karlowych Varów i z powrotem, jakoteż i na turystyczne ekskurzje wewnątrz kraju Republiki Czeskosłowackiej $33^1/_3\%$ zniżki we wszystkich klasach pociągu. Wiadomość udziela zarządzający Dr. Edgar Ganz w Karlowych Varach.

VIII Międzynarodowy Kongres dermatologów i syfilidologów odbędzie się w Kopenhadze w czasie od 5 do 8 sierpnia 1930 roku.

Sprostowanie omyłek druku.

W ogłoszonym w numerze 9-tym Polskiej Gazety Lekarskiej z r. b. artykule Dra Zdz. Dobrowolskiego p. t.: „O uchyłkach przełyku" zaszły następujące omyłki druku:

na stronie 161, szpalta 1-sza, wiersz 17-ty od dołu zamiast „najwyższy" ma być „najwęższy";

w tej samej szpalcie w wierszu 26-tym od dołu zamiast „rośniecie" ma być „niezarośnięcie".